Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 248 del 23 ottobre 2000 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Lunedì, 23 ottobre 2000** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

N. 174

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 marzo 2000.

Progetto obiettivo «AIDS 1998-2000».

SOMMARIO

Indice delle illustrazioni

Figure

Tabelle

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 marzo 2000.

Progetto obiettivo «AIDS 1998-2000».

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

Visto l'artcolo 2, quinto comma, della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

Visto l'articolo 8, comma 1, della legge 15 marzo 1997, n. 59;

Visto l'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto l'articolo 115, comma 1, lettera *a),* del decreto-legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998, recante «Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000», pubblicato nel supplemento ordinario n. 201 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 288 del 10 dicembre 1998;

Vista la preliminare deliberazione adottata dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 18 dicembre 1998;

Acquisiti i pareri delle competenti commissioni parlamentari permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Preso atto dell'intesa intervenuta nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano unificata con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali nella riunione del 27 maggio 1999;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella riunione del 28 gennaio 2000;

Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri per gli affari regionali e del tesoro, del bilancio e della programmazione economica;

EMANA

il seguente decreto:

Art. 1.

È approvato l'allegato progetto obiettivo: «AIDS 1998-2000», che costituisce parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Dato a Roma, addì 8 marzo 2000

CIAMPI

D'ALEMA, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

BINDI, *Ministro della sanità*

BELLILLO, *Ministro per gli affari regionali*

AMATO, *Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica*

Registrato alla Corte dei conti il 13 settembre 2000
Registro n. 2 Sanità, foglio n. 128

MINISTERO DELLA SANITÀ

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE - UFFICIO VI
CENTRO OPERATIVO AIDS

PROGETTO OBIETTIVO AIDS 1998-2000

Premessa

L'articolo 1, comma 1, lettera *b)*, della legge 5 giugno 1990, n. 135, espressamente prevede l'aggiornamento degli interventi in materia di AIDS sulla base delle periodiche indicazioni formulate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in relazione alle previsioni epidemiologiche e alle conseguenti esigenze assistenziali. Il presente provvedimento è stato redatto secondo le indicazioni della suddetta Commissione e sulla base delle osservazioni formulate dalle regioni.

Il triennio trascorso, ha visto da una parte il consolidarsi di tendenze già evidenti negli anni precedenti, quali ad esempio i cambiamenti nelle caratteristiche dell'epidemia, e dall'altra considerevoli progressi nel campo delle conoscenze, in particolare della terapia, con la scoperta di nuovi farmaci antiretrovirali.

I grandi cambiamenti intervenuti, poi, nella riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, da ultimo con il decreto legislativo n. 229 del 1999, hanno avuto ed avranno i loro effetti anche nel settore delle malattie infettive.

La risposta alle problematiche poste dall'infezione da HIV non potrà che essere allora, come in passato, articolata, atteso che tale patologia continua a rivestire implicazioni di diversa natura, coinvolge molteplici istituzioni (scuola, carceri, ecc.), attraversa trasversalmente diverse discipline dell'area medica (infettivologia, immunologia, virologia ecc.), necessita del supporto delle organizzazioni del privato sociale e del volontariato, abbisogna di essere indirizzata verso una pluralità di settori quali la prevenzione, l'assistenza, la ricerca e la terapia.

Inoltre, dopo oltre dieci anni di programmazione nazionale degli interventi, ai quali si sono affiancate iniziative di pianificazione a livello regionale, è auspicabile che tutte le regioni adottino presto un proprio Progetto Obiettivo.

Prima di fornire gli indirizzi per l'attuazione delle misure connesse alla lotta contro l'AIDS si è ritenuto opportuno fornire un quadro sintetico in ordine alla attuazione del Progetto Obiettivo 1994-96.

1. SINTESI SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO OBIETTIVO AIDS 1994-96 NELLE REGIONI E NELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Alla data del 30 maggio 1997 da una ricognizione effettuata dal Ministero della sanità in ordine allo stato di attuazione del Progetto Obiettivo AIDS 1994-96 è emerso quanto segue:

tutte le regioni e le province autonome hanno recepito la normativa nazionale di settore, adottando provvedimenti formali di programmazione e di attuazione, anche in osservanza di apposite leggi regionali.

In particolare, si è rilevato che tutti gli assessorati alla sanità hanno attivato un sistema informativo di sorveglianza dei casi di AIDS e alcune regioni anche un sistema di notifica dell'HIV in taluni casi limitato a specifiche categorie di popolazione o nell'ambito di appositi studi epidemiologici.

Alla gestione delle problematiche connesse all'AIDS è solitamente preposto un servizio o un ufficio di igiene pubblica ovvero una unità operativa di malattie infettive, ovvero ancora un osservatorio epidemiologico regionale (O.E.R.).

Nell'ambito della prevenzione sono stati effettuati, da parte delle regioni e delle province autonome, interventi nell'area:

della tossicodipendenza, con programmi da strada e con misure di facilitazione per l'accesso ai SERT (in 16 regioni e nelle 2 province autonome);

della prostituzione, con il contributo attivo delle associazioni di volontariato e con la diffusione di materiale informativo sul rischio comportamentale (in 10 regioni);

della popolazione carceraria (in 9 regioni e nelle 2 province autonome), in quanto, nonostante nella popolazione degli istituti penitenziari si riscontri una significativa prevalenza dell'infezione da HIV, sono state evidenziate notevoli difficoltà di accesso alle strutture, attesi evidenti motivi di sicurezza.

Anche nell'ambito dell'informazione e dell'educazione sessuale, mirate alla popolazione in generale, sono state adottate apposite misure in 14 regioni e nelle 2 province autonome, dirette a mantenere elevata l'attenzione dell'opinione pubblica sull'epidemia.

Relativamente alla edificazione e/o ristrutturazione dei posti letto nei reparti di ricovero per malattie infettive e all'istituzione o al potenziamento dei laboratori di microbiologia, virologia ed immunologia, la legge 5 giugno 1990, n. 135 prevedeva un impegno di risorse economiche pari a circa lire 2.100 miliardi.

Difficoltà di vario genere hanno causato ritardi nell'attuazione di tale programma. Per quanto riguarda la realizzazione di posti letto, infatti, si sono attivate solo, in parte, cinque regioni su ventuno.

Relativamente all'istituzione e/o al potenziamento dei laboratori dedicati, è stato riscontrato che 8 regioni hanno istituito e/o potenziato i laboratori di microbiologia, virologia ed immunologia, mentre le altre non hanno ancora concluso gli interventi.

Per quanto attiene all'espletamento delle pubbliche selezioni per soli titoli di cui all'articolo 4, comma 1, della citata legge 135/1990, vi hanno provveduto 17 regioni.

In riferimento al trattamento a domicilio, la maggior parte delle regioni ha adottato un preciso modello organizzativo.

Per la realizzazione degli spazi da adibire all'attività di ospedale diurno (day-ospital), prescritti dalla legge 135/1990 e dal P.O. AIDS, si è riscontrato che in 15 regioni e nella provincia autonoma di Trento sono stati adottati i previsti interventi. Non in tutte le regioni, comunque, il grado di attivazione dei posti letto in regime di D.H. risulta essere quello prescritto.

Solo 12 regioni hanno stipulato convenzioni con le associazioni di volontariato pubbliche e private per l'erogazione delle prestazioni domiciliari ai pazienti con AIDS. In larga parte, l'adozione di tali misure è stata delegata alle singole aziende sanitarie di appartenenza.

Tutte le regioni e le province autonome hanno organizzato ed effettuato i corsi di formazione e di aggiornamento professionale diretti al personale operante nei reparti di malattie infettive.

La partecipazione ai suddetti corsi non è stata, di norma, estesa anche agli operatori sanitari dei reparti assimilati e a quelli delle strutture che si trovano, comunque, a gestire procedure e materiali biologici nell'ambito dell'infezione da HIV, secondo quanto esplicitato sia nell'articolo 1, comma 1, punto *b)* della legge 135/1990 che nel Progetto Obiettivo AIDS 1994-96.

Il disposto dell'articolo 9, comma 2 della legge n. 135/1990, relativo alla istituzione dei Centri di riferimento regionali AIDS, ha trovato una sostanziale attuazione in diciassette regioni.

Sulla scorta di quanto rilevato nel corso delle indagini conoscitive effettuate presso gli Assessorati alla sanità delle 19 regioni e delle 2 province autonome, è possibile pervenire ad alcune conclusioni che evidenziano, da un lato gli sforzi e gli interventi messi in atto dalle regioni più colpite dalla diffusione dell'infezione, dall'altro anche evidenti lacune nell'attuazione di alcuni aspetti del Progetto Obiettivo AIDS 1994-96.

In alcuni casi, infatti, è stato riscontrato un congruo impegno legislativo, di programmazione e attuativo e, per alcune regioni, ben prima dell'approvazione della legge n. 135/1990, già al primo verificarsi della forma epidemica nel Paese.

Per quanto riguarda invece le carenze rilevate, si sottolinea che, nell'ambito della informazione e della prevenzione, la maggior parte degli interventi compiuti hanno avuto scarsa incisività, unitamente ad una generale mancanza di valutazione dell'impatto in termini di salute sulle popolazioni bersaglio, soprattutto ai fini di una effettiva modifica dei comportamenti a rischio.

Gli sforzi più rilevanti sono stati riscontrati nell'area della tossicodipendenza, mentre altri settori; quali prostituzione e carceri, hanno trovato minor spazio nella programmazione degli interventi di prevenzione regionali.

Per quanto riguarda l'informazione dei giovani in ambiente scolastico, non sempre i già pochi protocolli d'intesa con i provveditorati agli studi hanno avuto, nelle varie realtà locali, l'auspicato seguito applicativo ed ottenuto i risultati attesi nell'ambito informativo ed educativo dell'apprendimento e della modifica dei comportamenti.

Per quanto riguarda l'implementazione di forme di assistenza extraospedaliera, che costituiscono un importante obiettivo, va sottolineato che la maggior parte delle regioni e province autonome ha recepito modelli di trattamento extraospedaliero ed ha formalizzato con appositi atti deliberativi la stipula, con le associazione di volontariato, di apposite convenzioni, la cui attuazione è stata demandata alle singole aziende sanitarie.

Da ultimo, è importante rilevare che la maggior parte delle regioni ha definito quali Centri di riferimento AIDS, enti, strutture, uffici o servizi già esistenti, prevedendo una stretta collaborazione con gli assessorati regionali per le funzioni prescritte dall'articolo 9, comma 2 della legge 135/1990. Tuttavia, è stato rilevato che, nonostante la formale istituzione di detti Centri, spesso essi non svolgono tutti i compiti prescritti dalla suddetta legge.

2. L'EPIDEMIOLOGIA DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS

Per una più completa comprensione delle dinamiche relative all'epidemia di infezione da HIV e della malattia di AIDS, è probabilmente utile una schematica descrizione dei modelli epidemici. Occorre, innanzitutto, tener conto che un'epidemia si può sviluppare nelle popolazioni a condizione che R^o (tasso di base di riproduzione dell'infezione) >1, cioè che ogni persona infetta, durante la sua vita, infetti più di una persona. R^o è determinato da alcuni fattori principali, specifici di ciascuna modalità di trasmissione dell'infezione:

probabilità di trasmissione per singolo contatto tra persone infette e suscettibili;

tasso di acquisizione di nuovi contatti per unità di tempo;

durata dell'infezione/contagiosità.

Ad un tempo determinato dell'epidemia assumono inoltre rilievo:

la prevalenza di infezione, cioè la probabilità, in un contatto potenzialmente efficace, di incontrare una persona infetta;

la frazione di popolazione esposta alle specifiche modalità di trasmissione.

Come per tutte le infezioni trasmissibili per via ematica e sessuale, è noto che la diffusione dell'epidemia nella popolazione generale dipende essenzialmente dal ruolo di una o più popolazioni «serbatoio», nelle quali R° abbia valori elevati. La frazione di popolazione esposta alle modalità di trasmissione che caratterizza le popolazioni «serbatoio», è quindi rilevante nel condizionare le dinamiche epidemiche; oltre a ciò, rilievo progressivamente maggiore acquistano le dinamiche di contatto tra popolazioni «serbatoio» e popolazione generale, il cosiddetto «mixing pattern».

In Italia la popolazione delle persone tossicodipendenti ha indubbiamente svolto la funzione di popolazione «serbatoio», mentre un ruolo minore è stato svolto dalle persone di sesso maschile che hanno avuto rapporti sessuali con persone dello stesso sesso. Nelle fasi iniziali dell'epidemia, l'incidenza di infezione HIV, che ha raggiunto la maggiore diffusione tra il 1986 e il 1987, è stata soprattutto sostenuta dalla popolazione dei tossicodipendenti.

Tale popolazione è caratterizzata da un rapporto maschi/femmine di circa 4,5/1, ed ha frequenti rapporti sessuali con la popolazione generale. In particolare, i tossicodipendenti maschi hanno in maggioranza partner sessuali stabili tra le persone non tossicodipendenti. Inoltre, la prostituzione di maschi e femmine tossicodipendenti, costituisce un importante canale di contatto tra tossicodipendenti e non. Pertanto, in occasione di un contatto sessuale casuale, per una donna in popolazione generale è circa 5 volte più probabile incontrare un partner che è stato tossicodipendente di quanto non lo sia per un maschio in popolazione generale.

Nell'infezione da HIV, come in tutte le malattie sessualmente trasmissibili, la probabilità di trasmissione nel rapporto maschio infetto-femmina suscettibile è maggiore, rispetto al rapporto femmina infetta-maschio suscettibile.

Queste due condizioni fanno in modo che i maschi tossicodipendenti abbiano un ruolo dominante nella diffusione dell'infezione tra le donne non tossicodipendenti.

È possibile affermare che anche oggi la maggior parte delle nuove infezioni da HIV di persone non tossicodipendenti avviene attraverso rapporti sessuali con persone che sono o sono state tossicodipendenti. Non è possibile verificare invece con sufficiente validità l'ipotesi che oggi l'epidemia di infezione da HIV si possa autosostenere nella popolazione generale, abbia cioè un R° >1, per la modalità di trasmissione sessuale. La possibilità di una «autonomia» dell'epidemia in popolazione generale dipende anche dalla prevalenza attuale di infezione nella stessa popolazione generale.

È possibile affermare con sufficiente validità; che fin dall'inizio degli anni '90 interventi efficaci di prevenzione nella popolazione dei tossicodipendenti avrebbero impedito il diffondersi dell'epidemia nella popolazione generale.

2.1 L' efficacia dei trattamenti antiretrovirali e le dinamiche epidemiche

È necessario valutare con attenzione il possibile effetto sulle dinamiche epidemiche dei trattamenti disponibili.

Esistono chiare evidenze di efficacia di un trattamento antiretrovirale perinatale nella riduzione del tasso di trasmissione verticale dell'infezione da HIV. Al di là di possibili ipotesi plausibili biologicamente, manca ancora l'evidenza di efficacia della capacità dei trattamenti antiretrovirali di ridurre l'infettività delle persone con infezione da HIV. È, altresì, ampiamente dimostrato che alcuni trattamenti possono invece migliorare la qualità della vita delle persone infette e prolungarne la sopravvivenza.

Tali effetti hanno la conseguenza di aumentare la durata dell'infettività, quindi sono determinanti di un possibile incremento dell'incidenza di infezione da HIV, in assenza di una modifica della probabilità di trasmissione. È possibile che all'aumento di durata dell'infettività, possa corrispondere però una riduzione della contagiosità data la riduzione della viremia indotta da chemioterapia efficace nel ridurre la trasmissione, come accade in altri modelli.

Il contatto con strutture di cura può essere efficace, in misura peraltro non dimostrata, solo se accompagnato da adeguati interventi di counselling.

Occorre, pertanto, tener conto che una maggiore efficacia dei trattamenti, nel migliorare la qualità della vita e la sopravvivenza delle persone con infezione da HIV, potrebbe comportare una maggiore incidenza di infezione da HIV nella popolazione. Ciò significa che ad un'eventuale maggiore disponibilità di trattamenti efficaci, deve corrispondere un incremento ed una maggiore efficacia degli interventi di prevenzione.

2.2 Le dinamiche dell'epidemia

Per una efficace analisi dello stato e delle dinamiche dell'epidemia sono rilevanti le conoscenze sui seguenti parametri:

incidenza di infezione da HIV;
prevalenza di infezione da HIV;
incidenza di AIDS;
prevalenza di AIDS.

Sino ad oggi si sono verificati oltre 41.000 casi cumulativi di AIDS ed un totale di circa 95-125.000 infezioni. Le persone con infezione da HIV attualmente in vita si stima siano circa 80.000, di cui almeno 12.000 con AIDS.

È, inoltre, rilevante, la stima di tali parametri nella popolazione generale e nei sottogruppi di popolazione a rischio ed in tempi diversi. Per quanto riguarda le dinamiche epidemiche, sono possibili alcune affermazioni caratterizzate da un diverso grado di incertezza:

è certo che l'incidenza osservata di casi di AIDS è in apparente decremento, in contrasto con quanto atteso sulla base delle dinamiche di incidenza di infezione da HIV negli anni passati. Continuano ad essere presenti, inoltre, forti eterogeneità geografiche nella incidenza e prevalenza dei casi di AIDS, peraltro rilevate sin dall'inizio dell'epidemia.

È probabile che l'incidenza di nuove infezioni si stia stabilizzando. Ciò è evidenziato anche dai sistemi di sorveglianza delle nuove infezioni, attualmente attivi solo in alcune regioni, che dimostrano, dopo un certo declino durato anni, una inversione di tendenza. Nell'allegato 1 è riportata circostanziatamente la situazione dei casi di AIDS aggiornata al 30 giugno 1999 (All. 1).

È probabile che la prevalenza di casi di AIDS, come oggi definita, sia stabile o in lieve diminuzione, dal momento che fino a pochi mesi fa non si era notato un significativo aumento della sopravvivenza osservata, a causa probabilmente di una posticipazione della diagnosi di AIDS a livelli molto bassi di CD4. Si tratta però di rilievi che necessitano di nuove verifiche su dati maggiormente aggiornati.

È abbastanza certo che l'incidenza di infezione da HIV sia in diminuzione nella popolazione dei tossicodipendenti;

È abbastanza certo che la prevalenza di infezione da HIV sia tendenzialmente stabile nella popolazione dei tossicodipendenti;

È incerto che l'incidenza di infezione da HIV sia in aumento, inferiore alle previsioni, nelle donne di popolazione generale.

È incerto che la prevalenza di infezione da HIV sia in lieve aumento nelle donne di popolazione generale.

La diminuzione dei casi di AIDS dovuta all'effetto delle terapie combinate e l'incertezza sull'attuale durata del tempo d'incubazione, rendono problematica l'applicazione di modelli matematici, di tipo «back-calculation», per la stima dell'andamento dell'infezione da HIV. Ciò rende necessaria l'utilizzazione di sistemi di sorveglianza delle nuove infezioni a livello regionale.

In conclusione, si può prevedere nel prossimo futuro un lieve incremento di persone infette, una tendenza al cambiamento delle caratteristiche della popolazione infetta, con la diminuzione dei tossicodipendenti, e l'aumento della trasmissione per via sessuale.

Le nuove strategie terapeutiche impongono una rapida valutazione dei possibili effetti su alcuni parametri importanti per lo studio delle dinamiche epidemiche, dal tempo di incubazione alla probabilità di trasmissione. La riformulazione di stime e proiezioni e la valutazione di quelle effettuate in passato, assume una notevole importanza in termini di programmazione sanitaria, accesso al trattamento e strategie di prevenzione.

3. LA PREVENZIONE

La continuità e la visibilità delle iniziative di prevenzione costituiscono, anche nelle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, un fattore di fondamentale importanza ai fini della efficacia degli interventi e della modificazione dei comportamenti a rischio. Premessa di tali iniziative è che esse devono essere concertate fra le varie istituzioni, onde garantire l'efficienza e l'efficacia dei programmi di intervento, nel rispetto di un approccio multidimensionale del problema. Dal momento, poi, che le modalità di trasmissione dell'infezione da HIV coinvolgono i comportamenti strettamente privati, deve essere prevista la indispensabile cooperazione degli individui e delle famiglie, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità che già nel 1988 invitava gli Stati membri ad assumere iniziative finalizzate ad evitare atteggiamenti di discriminazione o stigmatizzazione nei confronti delle persone sieropositive.

Il processo di aziendalizzazione e la puntuale definizione di un assetto organizzativo che prevede la separazione fra soggetti acquirenti e produttori di servizi sanitari nonché, in questa particolare area, una forte interazione fra interventi sanitari e non sanitari, sia sul versante degli acquirenti che dei produttori, rende necessario, sulla base delle indicazioni fornite dai modelli epidemiologici, assicurare la corrispondenza fra le azioni di prevenzione delle diverse istituzioni, secondo la logica della cooperazione fra pubblico, privato sociale e volontariato, e le priorità evidenziate. Dette azioni sono a loro volta correlate alle risorse. Azioni, risorse e priorità, sono inoltre correlate anche alle caratteristiche dell'area geografica di riferimento.

Il riferimento istituzionale presso il Ministero della sanità, ove vengono definite le strategie di prevenzione, è il Dipartimento della prevenzione che assolverà una funzione di coordinamento nei confronti delle altre amministrazioni centrali e regionali interessate dal problema AIDS. Inoltre la pianificazione delle iniziative non potrà non prevedere a livello centrale il coinvolgimento dell'Istituto superiore di sanità, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle università e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il riferimento istituzionale a livello degli assessorati regionali alla sanità è rappresentato dalle rispettive unità organizzative competenti in materia di prevenzione, che assolveranno una funzione di coordinamento delle istanze subregionali.

Nell'ambito delle aziende sanitarie locali il riferimento istituzionale è rappresentato dai distretti, i quali operano in stretta collaborazione con tutte le strutture che svolgono attività di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV, tra le quali, in primo luogo, i SERT.

Nell'ottica dell'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli a valenza sociale, previsti dal recente decreto legislativo n. 229 del 1999, va tenuto conto dell'importanza del ruolo degli enti locali nelle attività di prevenzione e promozione della salute.

Infine, non certo per importanza, va segnalato il ruolo della famiglia nell'opera di prevenzione e di educazione dei giovani sul tema dell'AIDS.

3.1 Le priorità degli interventi di prevenzione

Sulla base delle evidenze epidemiologiche disponibili si possono individuare le seguenti priorità dei programmi di prevenzione:

sviluppare, diffondere e potenziare i programmi di riduzione del danno nella popolazione delle persone tossicodipendenti, soprattutto con l'aumento dell'offerta e della accessibilità ai trattamenti farmacologici di mantenimento, al materiale iniettivo, ai profilattici, alle unità da strada per il contatto con le persone tossicodipendenti che non frequentano i relativi servizi territoriali di assistenza, in accordo con i comuni e le aziende sanitarie;

potenziare nell'ambito dei progetti di educazione alla salute quelli relativi al superamento della condizione della tossicodipendenza;

sviluppare, diffondere e potenziare i programmi di riduzione del danno nelle persone che si prostituiscono, soprattutto con l'aumento dell'offerta dei profilattici, con la organizzazione di unità da strada per il contatto e l'informazione delle medesime, nonché i centri di accoglienza per coloro che si trovano in maggiori difficoltà;

indirizzare i programmi di prevenzione verso la popolazione generale, curando in particolare l'informazione e la sensibilizzazione sui dati relativi all'andamento dell'infezione tra donne e uomini di popolazione generale, e sulla necessità di adottare comportamenti precauzionali adeguati;

concentrare gli sforzi educativi, informativi e di sensibilizzazione alla prevenzione dell'infezione da HIV e delle altre malattie sessualmente trasmissibili tra i giovani, in tutta la fase pre-adolescenziale, e sui gruppi di giovani che non frequentano la scuola o che vivono in ambienti sociali fortemente degradati ed emarginati;

rimarcare nelle campagne informative desinate alla popolazione generale l'importanza dei comportamenti solidaristici e non discriminatori nei confronti delle persone sieropositive.

È necessario, inoltre, che tutti gli interventi ed i programmi di prevenzione e di educazione prevedano sistemi di valutazione di impatto e di efficacia.

L'area della prevenzione è sempre stata considerata nei diversi aspetti dell'informazione, dell'educazione alla salute, della formazione e dell'aggiornamento professionale. Per ognuno di questi settori vengono di seguito formulate apposite proposte di intervento.

3.2 L'informazione

Dal 1988 ad oggi sono state realizzate sei campagne informative sull'AIDS, che hanno costituito la principale azione di prevenzione su larga scala a livello istituzionale e il principale punto di riferimento per le diverse iniziative attuate a livello locale.

Gli interventi previsti dalle campagne hanno sufficientemente raggiunto gli obiettivi di informazione della popolazione generale, tranne quello relativo alla riduzione dei comportamenti a maggior rischio.

Si tratta ora di rafforzare ulteriormente tali cognizioni, di mantenere desta l'attenzione della opinione pubblica verso il problema, di non abbassare la guardia nella lotta contro la malattia, di continuare ad effettuare iniziative di informazione verso le persone con comportamenti a rischio (tossicodipendenti, omosessuali, bisessuali ecc.) nonché verso le persone con infezione da HIV, di avere maggiore attenzione verso il fenomeno dell'immigrazione proveniente da paesi ad alta endemia di infezione da HIV, di ottenere quella modifica dei comportamenti che solo nel lungo periodo e con iniziative informative continue sono raggiungibili.

Occorre, inoltre, una informazione permanente sulle metodiche di protezione dall'infezione da HIV e sul rischio dell'aggravamento determinato dalle patologie ad essa correlate, come le infezioni opportunistiche, e dagli stili di vita che maggiormente espongono alla malattia. Tale tipo di informazione va diffusa non solo tramite campagne sui mezzi di comunicazione, ma anche attraverso canali tra piccoli gruppi, come la scuola e il mondo del lavoro.

Il quadro epidemiologico indica chiaramente che in futuro le iniziative di informazione dovranno essere a carattere mirato, e non più solo nei riguardi dei gruppi presso i quali la malattia è maggiormente diffusa, ma anche nei confronti di quelli che presentano una più elevata probabilità di seguire comportamenti a rischio, cioè i giovani, le donne non tossicodipendenti e gli adulti, uomini e donne «single», rimarcando l'importanza dell'esecuzione del test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV. Una corretta informazione sul rischio di trasmissione verticale va, altresì, fornita alle donne che decidono di intraprendere una gravidanza.

Tutte le iniziative, inoltre, devono essere attraversate trasversalmente da messaggi improntati alla solidarietà nei confronti delle persone sieropositive, al fine di eliminare pregiudizi riprovevoli e timori infondati.

Infine, è importante individuare nuove strategie di comunicazione.

3.3 L'educazione alla salute

Gli interventi da attuare in tale settore sono destinati soprattutto ai giovani ed hanno lo scopo di ridurre l'incidenza delle infezioni trasmissibili per via ematica e sessuale.

Nella quarta e nella quinta campagna informativa si è provveduto, mediante lo svolgimento di corsi di formazione destinati, rispettivamente, ai presidi delle scuole secondarie superiori e ai docenti referenti per la educazione alla salute, ad affidare ai capi di istituto e agli insegnanti le attività educative ed informative nei confronti dei giovani in età scolare, con l'apporto e il contributo delle strutture sanitarie.

In una prospettiva di continuità può essere considerata, nell'ambito della predisposizione di uno specifico piano di cui andrà valutato l'impatto, l'attivazione di una rete di docenti referenti che operano a livello provinciale e d'istituto, estesa a tutti gli insegnanti interessati e a tutti gli operatori socio-sanitari, al fine di valutare e documentare l'attività svolta, laddove la stessa risulti connotata da unitarietà progettuale e complessivamente formativa.

Tale iniziativa può costituire il punto di partenza di una formazione integrata che coinvolga tutte le figure professionali interessate alle iniziative nonché i genitori o i loro rappresentanti, da realizzarsi attraverso momenti comuni di riflessione sugli specifici ruoli e funzioni ed affiancata da momenti operativi di progettazione condivisa. Essa trova piena legittimazione e supporto nella direttiva n. 600/96 del Ministero della pubblica istruzione e nei programmi di educazione alla salute e di prevenzione elaborati dallo stesso Ministero.

Al fine poi di operare un proficuo scambio di esperienze, di procedere ad una comparazione qualitativa delle attività di prevenzione ed individuare modelli trasferibili in altre realtà istituzionali ed educative, si propone che periodicamente (due volte all'anno e se del caso allargando il confronto a livello europeo) siano organizzati incontri tra operatori della scuola, della sanità e dell'assistenza impegnati nella realizzazione delle suddette attività di promozione alla salute.

Le proposte che perverranno dalle singole istituzioni scolastiche potranno costituire, altresì, la base per programmare gli interventi, così da garantire incisività ed efficacia.

Si ritiene opportuno, inoltre, la progettazione e realizzazione di linee guida di prevenzione prodotte attraverso una contrattazione formativa tra adulti e giovani che consenta a questi ultimi di sentirsi garantiti rispetto a un processo formativo che è interesse comune e obiettivo individuale, articolato nelle seguenti fasi di intervento:

formazione in servizio dei docenti referenti e del personale socio-sanitario per ripensare la prevenzione attraverso un riequilibrio dei ruoli, delle persone operatori e delle rispettive funzioni;

avvio di attività di ricerca condotte dai docenti, da esperti delle aziende sanitarie e da studenti in alcune città campione, finalizzate ad elaborare linee-guida di prevenzione prodotte dai ragazzi;

valutazione del prodotto e sua diffusione.

Resta da approfondire l'azione nei riguardi dei giovani che non frequentano le istituzioni scolastiche, presenti soprattutto nelle periferie delle grandi aree urbane, i quali rappresentano un gruppo ad alto rischio. Un mezzo appropriato per raggiungere tale popolazione si ritiene possa essere quello del contatto diretto nei luoghi di maggiore concentrazione o aggregazione, anche attraverso operatori sociali, educatori professionali e volontari, in particolare negli ambienti di lavoro e nel mondo dello sport.

Ampia attenzione va inoltre dedicata ai giovani che non hanno ancora iniziato l'attività sessuale o che stanno avendo le prime esperienze sessuali, anche mediante l'istituzione di corsi di educazione sessuale.

È necessario, ai fini della efficacia degli interventi nelle scuole, che la collaborazione tra il Ministero della sanità e quello della pubblica istruzione si rafforzi a livello centrale attraverso la predisposizione di forme adeguate di coordinamento, controllo, valutazione e documentazione delle iniziative attivate, e migliori, comunque, anche a livello periferico, al fine di evitare che possano verificarsi ritardi nella attuazione delle iniziative di prevenzione ovvero sovrapposizioni tra gli interventi stabiliti centralmente e quelli definiti a livello locale.

3.4 La formazione e l'aggiornamento professionale

È opportuno che i corsi di formazione di base di tutte le figure professionali coinvolte negli interventi prevedano momenti formativi adeguati.

La vasta attività formativa svolta dall'Istituto superiore di sanità con il Piano nazionale di formazione per la lotta all'infezione da HIV (P.F.H.), ha consentito dal 1990 al 1996 di realizzare 118 corsi (di cui 99 organizzati a livello centrale e 19 a livello periferico) che hanno formato oltre 3300 partecipanti appartenenti a diverse categorie di operatori professionali interessati a vario titolo all'infezione da HIV.

Gli ultimi due anni hanno visto l'attività di formazione particolarmente dedicata ai settori della prevenzione e dell'assistenza ai malati.

La strategia di formazione a cascata Stato-regioni ha dato risultati discordanti nell'ambito delle stesse, rivelando difficoltà degli enti regionali nell'ottimale utilizzo delle risorse formative costituite a livello centrale, nonché limiti di azione e di strategia del Piano nazionale di formazione per la lotta all'infezione da HIV.

Analogamente è apparso sempre più chiaro che l'attività di controllo e di prevenzione dell'infezione da HIV, fortemente si embrica con quella riguardante le altre malattie infettive mediante il coinvolgimento a livello periferico delle stesse figure professionali.

Essenziale resta l'aggiornamento del personale sanitario che opera nei reparti di malattie infettive e, in quei reparti prevalentemente impegnati, secondo i piani regionali, nell'assistenza alle persone con AIDS.

Il finanziamento di tali corsi di formazione e aggiornamento professionale previsti dalla legge n. 135 del 1990, per complessive lire 35 miliardi annue, ha consentito fino ad oggi di formare circa 1000 medici, 3500 infermieri e 1200 unità di altro personale. Tale finanziamento non è confluito come per le risorse destinate agli altri interventi, previsti dalla citata legge, nel Fondo sanitario nazionale, bensì è stato vincolato alla presentazione da parte delle regioni di una relazione sulla modalità di utilizzazione delle somme loro assegnate comprovante l'effettivo svolgimento dei corsi, che devono essere realizzati dappertutto, sulla base della nuova disciplina emanata con il decreto ministeriale 25 luglio 1995, coinvolgendo anche il personale che svolge l'assistenza domiciliare. È opportuno che vengano previsti, nell'ambito dei suddetti corsi, programmi volti al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Si ritiene, inoltre, necessario, rendere obbligatorio l'insegnamento della disciplina delle malattie infettive nei corsi per l'acquisizione del diploma universitario per infermiere.

Infine, si è dell'avviso che gli interventi di formazione, dopo circa dieci anni di distanza dall'avvio delle prime iniziative di aggiornamento, vadano ridefiniti ed orientati sulla base degli obiettivi e della programmazione regionali nonché con riferimento alle espenenze acquisite ed ai risultati ottenuti a livello locale, coinvolgendo, comunque, tutti i profili sociali coinvolti.

4. LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

La legge n. 135 del 1990 ha autorizzato un articolato programma di interventi finalizzato al potenziamento degli organici del personale, alla formazione degli operatori sanitari, al potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti e all'attivazione di servizi per il trattamento a domicilio delle persone affette da AIDS e patologie correlate, per l'attuazione del quale sono stati ripartiti finanziamenti specifici, a carico del Fondo sanitario nazionale, tra le regioni e province autonome con vincolo di destinazione ai settori indicati.

L'attuazione degli interventi previsti dalla legge nelle diverse regioni presenta significative differenziazioni per quanto riguarda l'attuazione del programma di costruzione o di ristrutturazione dei posti letto nei reparti malattie infettive, l'istituzione di posti nelle case alloggio, l'attivazione dell'assistenza domiciliare o l'ospedalizzazione domiciliare, il potenziamento delle attività diagnostiche.

Vi sono, infatti, regioni che hanno realizzato gli interventi previsti, regioni che hanno attuato detti interventi solo parzialmente e regioni che non hanno realizzato alcun intervento.

Sulla base dei dati epidemiologici disponibili, è opportuna una ridefinizione del numero dei posti letto previsti dal programma di cui all'articolo 2 della legge n. 135 del 1990, privilegiando l'aumento dei letti di day hospital, il potenziamento degli ambulatori dei reparti di malattie infettive, l'adeguamento e la ristrutturazione dei reparti esistenti di malattie infettive, a volte non idonei a mantenere livelli adeguati di assistenza e di efficienza.

A questo proposito è fondamentale sottolineare l'urgenza di tale adeguamento strutturale soprattutto in riferimento alla diffusione di infezioni tubercolari da ceppi multiresistenti in persone con infezione da HIV, oltre che alla necessità di ricoverare persone con altre malattie infettive, ricordando, in particolare, la necessità, di far fronte alle emergenze infettivologiche con speciale riferimento alle patologie da importazione.

La qualità dell'assistenza non riguarda esclusivamente le strutture assistenziali ma richiede anche una verifica dell'adeguatezza del tipo di assistenza offerta (disponibilità delle risorse, tempestività dell'intervento terapeutico, accessibilità alle tecniche diagnostiche e ai presidi terapeutici necessari, integrazione tra servizi, continuità dell'assistenza, professionalità del personale, informazione e consenso sui differenti interventi sia diagnostici che terapeutici, rispetto dei diritti dell'utente ecc.).

L'adeguatezza del livello assistenziale dovrà essere verificata mediante lo strumento dell'accreditamento: a questo scopo potrebbe essere utile inserire nelle relative procedure un settore specifico per l'infezione da HIV che permetta di graduare, in base ad un punteggio, la tipologia di assistenza erogata dalle singole unità operative.

L'assistenza alle persone con infezione da HIV richiede una continuità assistenziale che preveda anche il potenziamento dell'assistenza extra-ospedaliera. Le singole regioni e province autonome determineranno, in relazione alle specifiche esigenze, i settori, i modelli e il livello di detto potenziamento.

La rete assistenziale può così configurarsi:

strutture del territorio di primo livello (SERT, consultori, ambulatori, centri per le malattie a trasmissione sessuale);

ambulatori dei reparti di malattie infettive;

day hospital dei reparti di malattie infettive;

reparti di ricovero di malattie infettive;

assistenza domiciliare integrata e ospedalizzazione domiciliare;

case alloggio e residenze collettive per pazienti con necessità anche di tipo sociale non necessariamente già affetti da AIDS;

«hospice» per pazienti in fase terminale.

In particolare, i SERT dovrebbero svolgere un ruolo ed una funzione orientati verso interventi di prevenzione più che di assistenza, in considerazione dell'aumentata complessità assistenziale e dell'elevato grado di specializzazione richiesto dalla somministrazione e dal monitoraggio dei nuovi farmaci.

Per ciò che concerne l'assistenza domiciliare integrata, l'ospedalizzazione a domicilio e gli «hospice» è opportuno potenziarle e definire linee guida che prendano in considerazione i seguenti punti:

a) criteri di eleggibilità del paziente;

b) requisiti dell'équipe;

c) prestazioni da erogare sia di tipo strettamente sanitario che di tipo psico-sociale;

d) aspetti organizzativi, comprendenti anche i vari soggetti che contribuiscono all'erogazione dell'assistenza stessa;

e) criteri di verifica;

f) tariffe differenziate.

Fermo restando le caratteristiche dell'ospedalizzazione a domicilio, secondo quanto previsto dal precedente «Progetto Obiettivo AIDS 1994-1996», bisognerà realizzare l'assistenza a domicilio nella forma dell'assistenza domiciliare integrata. Tale attività assistenziale potrà essere assicurata organizzando e coordinando le attività in termini dipartimentali, con l'impiego del personale dei presidi ospedalieri (segnatamente delle unità operative di malattie infettive) e dei servizi delle aziende sanitarie, ivi compresi gli operatori del servizio di guardia medica e di emergenza territoriale nonché con il concorso, per quanto di competenza, dei medici di medicina generale.

In quest'ottica la ridefinizione del contenuto del mansionario infermieristico, ed in particolare la rimozione delle norme che impediscono agli infermieri di poter svolgere anche a domicilio le attività che ordinariamente svolgono in ambito ospedaliero, assume particolare significato.

Questo per quanto attiene alla parte più strettamente sanitaria, per quanto riguarda invece quella sociale, è opportuno che vengano promosse forme di integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, coinvolgendo, ove possibile, le organizzazioni del volontariato, del privato sociale e i comuni.

A proposito delle suddette organizzazioni si ritiene che:

a) le attività svolte sia dalle associazioni di volontariato sia dalle organizzazioni assistenziali private, debbano essere integrative e complementari, e non sostitutive rispetto a quelle istituzionali pubbliche. In tal senso si devono ricercare le occasioni di lavoro congiunto, favorendo la presenza di tali organizzazioni nell'ambito delle strutture, per tutte le attività a favore del malato e, in generale, di tutti gli utenti;

b) le attività svolte dalle associazioni di volontariato e dalle organizzazioni assistenziali private devono essere previste in specifici programmi dalle istituzioni competenti e periodicamente verificate e valutate;

c) le assegnazioni di contributi pubblici, direttamente o indirettamente concessi alle organizzazioni assistenziali private e del volontariato, devono essere prioritariamente finalizzate alla erogazione di specifiche prestazioni o di servizi definiti;

L'introduzione di nuovi farmaci attivi verso l'infezione e/o verso le patologie correlate, le maggiori conoscenze scientifiche, nonché le minori disponibilità finanziarie, evidenziano la necessità di attuare compiutamente le attività di cui sopra.

Il coinvolgimento della famiglia appare fortemente necessario ed altrettanto il sostegno alla stessa.

4.1 *L'assistenza alle donne gravide e ai bambini con infezione da HIV/AIDS*

Ai fini di una idonea ed adeguata assistenza ai bambini con infezione da HIV/AIDS, si ritiene opportuno fornire le sottoindicate indicazioni che devono, trovare attuazione nell'assistenza dei casi di cui trattasi:

a) profilassi, in gravidanza, aggiornata alle nuove combinazioni terapeutiche;

b) formulazione pediatrica dei farmaci inibitori delle proteasi e protocolli specifici per il loro uso compassionevole;

c) disponibilità delle più avanzate metodologie diagnostiche di monitoraggio della infezione;

d) possibilità di istituire tempestivamente terapie, tenuto conto che nel bambino si conosce con relativa precisione l'epoca della infezione;

e) riduzione della medicalizzazione e dell'invasività terapeutica;

i) aggiornamento clinico-terapeutico del personale infermieristico data la peculiarità delle condizioni pediatriche;

g) attuazione di terapie del dolore;

h) coinvolgimento dei diversi operatori sanitari nella comunicazione al bambino, della diagnosi e del counselling nei confronti della famiglia;

i) tutela e cura dei bambini sieronegativi figli di madri sieropositive, problematica questa ancora poco conosciuta e sommersa, e quindi individuazione di criteri socio-assistenziali specifici per la integrazione di tali bambini, spesso orfani od abbandonati, in un contesto sociale che permetta una normale evolutività.

5. IL VOLONTARIATO

L'elevata eterogeneità e il crescente numero delle associazioni di volontariato che sono sorte per effetto del fenomeno AIDS riguarda non solo la forma giuridica, ma anche le ideologie, le dimensioni, i settori di intervento, le metodologie di approccio ai bisogni degli ammalati, il reperimento delle risorse finanziarie, il rapporto con gli altri gruppi. Tutto ciò, se da una parte ha costituito una grande risorsa a disposizione delle istituzioni pubbliche e dei malati potrebbe rappresentare, in assenza di regole che consentano di selezionare quelle organizzazioni che sole hanno maturato nel corso di questi anni nel settore una comprovata esperienza e sviluppata una certa capacità di azione, un serio rischio per l'affidamento di efficaci programmi di prevenzione e di assistenza.

Sulla base di quanto avviene a livello nazionale, con la costituzione di una Consulta del volontariato per i problemi dell'AIDS ai fini dell'approfondimento delle questioni relative all'infezione da HIV, a livello locale si ritiene opportuno la istituzione di consulte regionali per la lotta contro l'AIDS, o comunali nelle grandi aree urbane.

Si segnala, infine, il documento predisposto nel 1993 dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e dalla Consulta per i problemi dell'AIDS in merito alla disciplina delle attività di volontariato in ambito ospedaliero.

6. LA RICERCA

Il presente «Progetto Obiettivo AIDS» è un riferimento importante nell'organizzazione e negli obiettivi generali della ricerca scientifica condotta sia sui temi della patologia AJDS che sui temi dell'attenzione sociale del paziente. Se condotta propriamente, la ricerca ha un importante ricaduta per la soluzione del problema AIDS, sia mediante la utilizzazione diretta dei risultati sperimentati in campo diagnostico, terapeutico e nella qualità della vita, sia per la diffusione di una nuova cultura sull'AIDS nella formazione dei giovani operatori e nella riqualificazione dei quadri sanitari e psico-sociali attivi sul territorio nazionale.

Prima di procedere alla formulazione degli indirizzi da attuare e degli obiettivi da conseguire per il prossimo triennio nella ricerca sull'AIDS, si ritiene opportuno ricordare quanto fatto in questo campo nell'ultimo decennio.

Di fatto, la ricerca sull'AIDS ha coinciso in larga parte con la realizzazione del Progetto nazionale di ricerca sull'AIDS del Ministero della sanità - Istituto superiore di sanità. Coordinato dal predetto Istituto - Laboratorio di virologia - esso ha rappresentato, per qualità e quantità delle ricerche realizzate, un successo scientifico ed organizzativo che ha permesso all'Italia di contribuire in modo sostanziale all'avanzamento delle conoscenze sull'infezione da HIV, nei settori dell'epidemiologia, dei fattori di progressione della malattia, della patogenesi e delle infezioni opportunistiche, dei tumori e delle strategie terapeutiche antiretrovirali, della ricerca psico-sociale.

Negli ultimi anni è stato compiuto anche un serio tentativo di condurre ricerche ed interventi nel campo sociale.

Parallelamente al progressivo aumento del numero dei lavori scientifici apparsi su riviste di altissimo livello, sono state stabilite importanti collaborazioni internazionali, sia a livello europeo, nell'ambito delle azioni concertate dall'Unione europea, che a livello bilaterale, tra l'Italia e Stati Uniti. Di particolare rilievo scientifico ed etico sono anche le collaborazioni in atto tra istituzioni di ricerca italiane e quelle di alcuni paesi in via di sviluppo, nei quali è più drammatica la situazione dell'infezione da HIV.

Complessivamente, le ricadute a livello di sanità pubblica sono state rilevanti: è noto che, in modo particolare nella ricerca sull'AIDS, le possibilità di trasferimento dei risultati delle attività di ricerca, anche quelle di base, sono immediate anche a livello della prevenzione e della cura delle persone.

Alla base del successo scientifico del Progetto vi sono stati due elementi di particolare rilevanza: da una parte il tentativo serio di valutazione oggettiva delle proposte di ricerca, dall'altra, il fatto che, evitando di erogare finanziamenti «a pioggia», l'entità del supporto finanziario per ogni proposta è stata congrua, in modo da permettere l'effettiva implementazione dei progetti di ricerca.

Secondo il parere di due delle più importanti riviste scientifiche internazionali quali «Nature» e «Science», si tratta di un bilancio generale sicuramente positivo, tale da porre questo Progetto fra i migliori realizzati finora nelle scienze biomediche in Italia.

Accanto a tutto questo, inoltre, è importante evidenziare i problemi emersi nel corso di quasi un decennio di ricerca, dipendenti in gran parte dalla situazione di grave insufficienza organizzativa della ricerca biomedica italiana nel cui ambito, necessariamente, si inserisce la ricerca sull'AIDS. Prima di indicare gli indirizzi futuri, è forse opportuna anche un'analisi critica di quanto non ha funzionato in passato:

a) il Progetto di ricerche sull'AIDS ha raggiunto, nella sua articolazione in quattro sottoprogetti integrati, una eccessiva complessità che ne ha reso difficile la gestione ed ardua la continua revisione degli obiettivi scientifici;

b) il coordinamento tra le diverse competenze sperimentali, tale da ottenere risultati complessivi di maggior valore, va potenziato rispetto al passato al fine di favorire l'integrazione fra le ricerche di base nel campo della immunologia, virologia e patogenesi, e le ricerche cliniche;

c) la crescita scientifica e culturale della ricerca italiana di base e clinica è stata certamente favorita. È importante prevedere anche iniziative che promuovano su base organica e per tutte le istituzioni scientifiche, indipendentemente dalla loro qualità iniziale, il livello di capacità di condurre la ricerca sull'AIDS sia nella formazione immediatamente post-laurea, sia nella riqualificazione dei livelli medio-alti responsabili della conduzione delle ricerche;

d) sebbene un numero notevole di giovani ricercatori abbia usufruito di borse di studio in Italia e all'estero, è mancata la possibilità di utilizzare per la ricerca sull'AIDS ricercatori di età compresa tra i 30 e i 40 anni, il periodo più creativo e produttivo. Tale carenza risponde ad una situazione endemica di tutta la ricerca italiana, ad eccezione delle scienze fisiche e matematiche, che accompagna ad una oggettiva penuria di ruoli per questa fascia di età, la tendenza ad umiliare la autonomia e le capacità responsabili dei pochi giovani ricercatori adeguatamente formati in Italia ed all'estero che trovano impiego nei laboratori;

e) si è osservata una certa disparità fra i diversi laboratori italiani, nella capacità di utilizzare le tecnologie più avanzate ed inoltre la tendenza a rivolgersi frequentemente ai laboratori degli Stati Uniti per proporre collaborazioni per metodologie avanzate di ricerca senza considerare le capacità dimostrate dai laboratori italiani ed europei. In gran parte, ciò è dovuto alla mancanza di strumenti agili come ad esempio borse di studio per viaggi per brevi permanenze in Italia e nella Unione europea, finalizzate all'apprendimento di tecnologie o alla esecuzione di esperimenti in collaborazione;

f) come corollario di quanto osservato in precedenza, la partecipazione dei laboratori italiani alle ricerche europee sull'AIDS, fatta eccezione per alcune punte, è stata generalmente bassa e comunque non adeguata al ruolo economico del nostro paese;

g) mancano dati certi sulle ricerche sull'AIDS finanziate da enti diversi dall'Istituto superiore di sanità, quali ad esempio il C.N.R., il M.U.R.S.T., le regioni e l'Unione europea. Questi dati sarebbero importanti per progettare la integrazione scientifica fra le diverse linee di ricerca e per stabilire, nel caso di sovrapposizione degli obiettivi proposti dagli stessi responsabili, criteri di compatibilità economica complessiva in rapporto al valore delle ricerche condotte e dei risultati ottenuti;

h) è importante notare una certa atipicità del Progetto «sociale», come se l'unione della ricerca psicosociologica con gli interventi nel sociale rendesse difficile la partecipazione di tale Progetto al processo scientifico e lo facesse sfuggire alle regole del suo rigore. Questa osservazione prescinde dalla serietà di coloro che conducono quelle ricerche e si basa in parte anche sulle difficoltà di identificare parametri, quali l'«impact factor» dei lavori pubblicati su riviste internazionali, considerati validi per le scienze biomediche. Questo aspetto deve essere meglio individuato per dare anche a questo Progetto la pienezza della dignità scientifica e l'importanza che gli compete.

Nel 1997 - così come è avvenuto per analoghi progetti di ricerca sull'infezione da HIV in altri paesi particolarmente impegnati nella lotta all'AIDS - il Progetto di ricerche italiano ha subito una parziale revisione delle caratteristiche organizzative e un aggiustamento degli obiettivi, in funzione soprattutto dei cambiamenti avvenuti nell'epidemia da HIV e dell'avanzamento delle conoscenze scientifiche. Le linee guida del rinnovato Progetto di ricerche sull'AIDS per il prossimo triennio dovrebbero essere le seguenti:

1. suddivisione del Progetto generale in quattro distinti progetti. Il Progetto generale deve comunque prevedere il coordinamento fra i quattro progetti ed un finanziamento unico e indiviso da ripartire successivamente sulla base delle proposte presentate e della necessità di incentivazione di temi specifici. Le quattro aree di intervento dovranno riguardare: *a)* l'epidemiologia e lo studio di nuovi modelli assistenziali; *b)* le manifestazioni cliniche e degli aspetti terapeutici; *c)* i meccanismi, sia virologici che immunologici, che determinano lo sviluppo della malattia, anche in prospettiva della messa a punto di un vaccino; *d)* le infezioni opportunistiche.

2. Individuazione di modalità di valutazione dei progetti di ricerca che diano le massime garanzie di efficienza e di qualità nella scelta. Dovranno essere individuati i «referees» italiani ed esteri con la migliore qualificazione scientifica, sia nei campi generali della metodologia della ricerca che nei temi specifici, ed i formulari da utilizzare dovranno rendere ignoto non soltanto il «referee» al proponente, ma anche, per quanto possibile, il nome del proponente al «referee».

3. Revisione degli obiettivi e delle priorità scientifiche, con particolare finalizzazione a quei settori nei quali più urgente è il raggiungimento di obiettivi di ricerca specifici, ad alta trasferibilità, con relativa riduzione del peso di alcuni settori meno rilevanti. La revisione degli obiettivi dovrà essere prospettivamente effettuata su base annuale, con il contributo della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le altre malattie infettive.

4. Implementazione di alcune ricerche sul modello delle «concerted actions» per facilitarne la finalizzazione, su fondi dedicati esplicitamente a questo scopo, nel coordinamento complessivo dei quattro progetti. In questo ambito dovranno essere promosse le ricerche integrate fra gruppi a finalità clinica e gruppi impegnati in ricerche biomediche e psico-sociologiche e dovranno essere coinvolti, con commesse specifiche per prodotti ad alta tecnologia, gruppi di ricerca molto qualificati ma estranei al mondo AIDS.

5. Attribuzioni di bilancio con una estensione certa nell'arco di tre-cinque anni, per permettere una reale programmazione della crescita scientifica e della ricerca. Parallelamente dovrà essere intensificata la verifica dei risultati parziali, anche attraverso la prassi «site visit».

6. Istituzione di contratti di ricerca (diversi e superiori alle borse di studio) di almeno tre anni, per giovani ricercatori italiani a livello di dottorato o esperienza equivalente, meglio se per facilitare il rientro dall'estero. I contratti dovranno premiare un progetto preciso di ricerca formulato dal ricercatore, sia di base che clinico, e dovranno essere fruibili presso una istituzione italiana, coerente con il progetto stesso e di scelta del vincitore.

7. Istituzione, accanto alle attuali borse che premiano giovani già esperti, di borse annuali di formazione per neo laureati, rinnovabili una sola volta, presso gruppi che diano garanzie di qualificazione scientifica, con valore retributivo analogo alle borse di dottorato.

8. Istituzione di borse di viaggio e soggiorno per incentivare brevi periodi di lavoro presso gruppi di ricerca italiani ed europei.

9. Integrazione fra l'attività di ricerca effettuata dalle università e dagli istituti scientifici e quella svolta a livello regionale.

10. Tutto quanto descritto ai punti precedenti si applica ovviamente anche al Progetto sociale. In particolare, i referenti responsabili di quest'ultimo analizzeranno i criteri di efficacia dei singoli progetti e di coordinamento fra questi, per dare un maggiore impulso alla realizzazione della educazione alla salute, della prevenzione e della limitazione della diffusione dell'infezione, ed ottenere un miglioramento nella qualità della vita delle persone sieropositive e dei pazienti con AIDS, e quindi un maggiore appoggio al successo delle terapie cliniche, soprattutto in rapporto alle modifiche apportate dai recenti schemi terapeutici al decorso clinico dei pazienti, con particolare attenzione ai gruppi a rischio. Dovranno, altresì, essere considerati a parte, e quindi non identificabili con la ricerca, i finanziamenti per gli interventi di carattere sociale.

La gestione del Progetto scientifico AIDS sarà curata dall'Istituto superiore di sanità, mentre altri aspetti (borse di viaggio a breve termine, corsi, contratti di ricerca) dovrebbero avere finanziamenti aggiuntivi rispetto al Progetto scientifico e potranno avere referenti di gestione volta per volta differenti (aziende ospedaliere, dipartimenti universitari ecc.).

7. L'INFEZIONE DA HIV NELLE CARCERI

Le recenti sentenze della Corte costituzionale n. 438 e n. 439 del 1995, con le quali è stata dichiarata, rispettivamente, la illegittimità costituzionale degli articoli 146, primo comma, numero 3, del codice penale, e 286-*bis*, comma 1, del codice di procedura penale, hanno posto in questi ultimi anni molti problemi alla assistenza sanita-

ria negli istituti penitenziari delle persone con infezione da HIV. Nelle more della piena applicazione del decreto legislativo n. 230 del 1999 recante norme per il riordino della medicina penitenziaria e della legge n. 231 del 1999 riguardante, tra l'altro, la nuova disciplina delle situazioni di incompatibilità tra la condizione di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria e il regime carcerario, si ritiene, in primo luogo, che debbano essere garantiti ai detenuti con infezione da HIV, ritenuti in condizioni compatibili con lo stato di detenzione, interventi di prevenzione primaria e secondaria, di profilassi, di diagnosi, cura e riabilitazione, secondo gli standard previsti dal Servizio sanitario nazionale, nonché facilità di accesso ai nuovi farmaci antiretrovirali. Particolare attenzione va prestata nei riguardi della problematica della promiscuità nelle carceri che può causare un aumento dell'infezione e l'aggravamento delle persone sieropositive, più facilmente vulnerabili alla contrazione di malattie in relazione alla loro condizione immunologica.

Per ciò che attiene alla individuazione dei presidi ove ricoverare le persone detenute in condizione di incompatibilità con il regime carcerario, non può che confermarsi, in questa sede, che ove si tratti di pazienti con malattia in fase acuta essi non possano che essere ricoverati nelle unità operative di malattie infettive accreditate, in conformità con quanto previsto dalla legge n. 135 del 1990.

Si ritiene, infine, che vada completata l'individuazione degli ospedali presso i quali devono essere avviati i detenuti e gli internati affetti da infezione da HIV, per i quali la competente autorità abbia disposto il piantonamento, già in parte individuati con il D.I. 22 aprile 1996.

8. LA TERAPIA ANTIRETROVIRALE E LA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

8.1 La sperimentazione clinica

È opportuno accelerare le procedure per lo svolgimento delle attività di sperimentazione e l'approvazione delle delibazioni all'uso dei farmaci, ridefinendo in particolare l'uso e i limiti di applicazione delle delibazioni stesse. È, altresì, opportuna, l'istituzione di canali preferenziali per la valutazione e la autorizzazione ministeriale alle attività di sperimentazione di nuovi farmaci antiretrovirali, individuando i centri clinici «accreditati» per la partecipazione alle suddette attività. Le sperimentazioni proposte non in ambito industriale dovrebbero venire attivate secondo una procedura preferenziale. L'accreditamento per la partecipazione a studi multicentrici deve tenere conto della graduazione delle funzioni dei centri clinici di II e III livello prevista nell'atto di intesa Stato-Regioni del 7 novembre 1991.

Per quanto riguarda la metodologia degli studi da promuovere andranno sicuramente privilegiati i «trials» randomizzati controllati, specie nelle situazioni di maggior incertezza terapeutica, finanziando separatamente su fondi di ricerca tutte le attività diagnostiche e terapeutiche incluse in detti studi.

Infine vanno definiti, per le istituzioni nazionali che coordinano o conducono le sperimentazioni, ruoli e funzioni trasparenti, ed una regolamentazione basata su norme rigorose in ordine ai potenziali conflitti di interesse.

Per quanto attiene alla somministrazione di farmaci antiretrovirali, tenuto conto della complessità della gestione di detti trattamenti, è indispensabile che essi siano erogati unicamente dalle strutture di II e III livello indicate nel citato atto di intesa Stato-Regioni.

8.2 Le linee-guida

È necessario procedere all'aggiornamento periodico delle linee guida sulla utilizzazione dei farmaci antiretrovirali. Attualmente il costo medio annuo della terapia antiretrovirale, inclusi i test per l'HIV-RNA, è circa 15-19 milioni nei casi in cui i farmaci vengono assunti in modo continuativo, il che non sempre accade.

L'obiettivo è, in primo luogo, quello di conferire alle linee guida un carattere più indicativo che vincolante (ad esempio sottolineando il «minimum» terapeutico indispensabile), approfondendo il rapporto costi-benefici e l'impatto delle nuove strategie sui bisogni assistenziali e prevedendo che nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, vengano utilizzati esclusivamente farmaci di cui sia stata documentata l'efficacia in modo adeguato.

Le linee guida dovranno essere periodicamente aggiornate sulla base delle acquisizioni scientifiche e dei dati inerenti alla letteratura internazionale e dovranno anche contenere una codifica all'uso clinico dei marcatori immunologici e virologici attualmente disponibili ed affrontare, in termini appropriati con l'attuale evoluzione della strategia terapeutica e della storia naturale dell'infezione, il problema della profilassi delle infezioni opportunistiche.

Relativamente all'uso dell'HIV-RNA come marcatore di risposta alla terapia, appare opportuna una verifica dell'affidamento dei vari test mediante la individuazione di laboratori di riferimento a livello regionale o provinciale e l'istituzione di sistemi di controllo di qualità, nonché una valutazione del rapporto costo-beneficio dell'uso dell'HIV-RNA come marcatore di risposta alla terapia.

Ferma restando l'importanza della determinazione della viremia plasmatica, in particolare prima dell'inizio della terapia, al momento del cambio dello schema di trattamento, e nella definizione degli «end-point» della terapia stessa, per il monitoraggio della terapia andrà utilizzata una combinazione di marcatori virologici e immunologici. A tale proposito mancano ancora dati comparativi definitivi sul valore predittivo di diverse strategie di monitoraggio e le scelte definitive andranno mirate su criteri di costi-benefici.

Quanto invece ai costi delle determinazioni della viremia plasmatica sarà opportuno prevedere una contrattazione centralizzata con i produttori ai fini di un contenimento dei prezzi e un successivo controllo delle tariffe di rimborso.

Infine, per ciò che attiene alle infezioni opportunistiche, è opportuno un aggiornamento delle linee guida sulla terapia e sulla profilassi.

8.3 La terapia in età pediatrica

In questo settore una esigenza primaria è quella della formulazione di linee guida specifiche, che comprendano anche i criteri per la determinazione ed interpretazione dei CD4 e della carica virale in rapporto all'età del bambino.

Occorre adeguare le norme relative all'uso nel bambino di farmaci attualmente registrati solo per gli adulti e prevedere una conseguente disponibilità degli antiretrovirali in formulazione pediatrica. Si ritiene, altresì, che vada regolamentata, in modo più rigido ed automatico, la introduzione di formulazioni pediatriche già registrate in altri paesi europei.

Per quanto riguarda i farmaci inibitori delle proteasi in età pediatrica, occorre definire in modo più adeguato la modalità di somministrazione di tali farmaci ai bambini di età minore di 12 anni, valutando in tale fascia di età la possibilità di programmi di farmaco-sorveglianza nonché pervenire ad una regolamentazione adeguata dell'uso compassionevole dei nuovi farmaci.

Occorre, altresì, definire la disciplina sul consenso informato in età pediatrica, compresa la qualità, dell'informazione fornita ai bambini e ai genitori durante lo svolgimento delle attività di sperimentazione.

Per quanto riguarda la trasmissione verticale dell'infezione, appare prioritaria la predisposizione di linee guida di intervento sulla prevenzione, in particolare sull'uso dell'AZT e delle terapie combinate, sulla terapia del neonato, sul tipo di parto. Un problema ulteriore è rappresentato dalle indicazioni di terapia preventiva della trasmissione verticale nelle donne pre-trattate con schemi di combinazione (con e senza IP) e che presentano durante la gravidanza incrementi rilevanti del «viral load».

8.4 La profilassi post-esposizione negli operatori sanitari

Le linee guida di profilassi post-esposizione negli operatori sanitari professionalmente esposti con l'impiego di farmaci antivirali sono state aggiornate nel dicembre 1996.

È prevedibile che sarà necessario, in futuro, rivedere tali linee guida alla luce dei dati scientifici sulla efficacia delle profilassi nella tollerabilità dei farmaci usati e di quelli sulle resistenze.

9. LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE SIEROPOSITIVE

Le problematiche poste dall'infezione da HIV e dalla cura delle persone sieropositive hanno reso particolarmente evidenti alcuni conflitti tra valori, diritti e doveri iscritti nei comportamenti relativi alla salute. Affrontare l'esigenza di riqualificare tali valori e definire la relazione fra i vari diritti confliggenti è stata la sfida dominante nelle prime fasi della risposta al diffondersi dell'infezione: gli aspetti ritenuti rilevanti in questa fase sono stati anzitutto l'informazione e i diritti delle persone sieropositive, che hanno trovato nella legge n. 135 del 1990 un assetto legislativo specifico.

Sotto il profilo etico le questioni poste dall'AIDS e dalle altre malattie infettive vanno riferite al valore della salute in un senso più ampio, vale a dire come bene rilevante della persona vista sia individualmente, sia inserita in una rete di relazioni significative che ne definiscono l'identità. In questa prospettiva, la salute è un bene che va tutelato e che, poiché richiede l'aiuto competente di altri per essere difeso e promosso, genera diritti esigibili come, in primo luogo, il diritto alle cure. D'altra parte, esiste una generale responsabilità per la salute in quanto bene rilevante sia a livello di collettività, la quale deve predisporre le strutture atte a tutelarla, sia a livello individuale, nel senso di un'attenzione responsabile verso la salute propria e degli altri, in equilibrio con altri beni della persona, quali la libertà, gli affetti e le scelte di fondo.

L'insieme dei diritti generali della responsabilità collettiva verso la salute è mediato dal diritto generale alle cure e all'assistenza, oltre che dal riferimento ai diritti civili, in particolare la libertà individuale.

Una prima e immediata forma di tale diritto è quella del diritto alla riservatezza circa le informazioni relative alla propria salute, anche nelle procedure amministrative. Tale diritto è previsto espressamente dalla legge n. 135 del 1990 e corrisponde alla generale dottrina del segreto professionale, alla quale vanno riferite alcune tematiche specifiche per l'AIDS. Recentemente, inoltre, il predetto diritto ha trovato ulteriore protezione nella legge

31 dicembre 1996, n. 675, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. A tale proposito si ritiene che le regioni debbano valutare l'opportunità di disciplinare nel modo migliore nell'ambito delle aziende sanitarie locali l'anonimato e il monitoraggio, sempre anonimo, delle persone sieropositive.

In secondo luogo si deve parlare di un diritto delle persone sieropositive e delle persone esposte al rischio (in pratica la popolazione in generale, ma alcuni gruppi risultano particolarmente vulnerabili) all'informazione sulla malattia, sulle modalità di trasmissione e sulle terapie esistenti, così come sulla ricerca in corso. La difficoltà a garantire questo diritto dipende sia dalla complessità di una comunicazione che sia completa ed efficace su questo punto, sia dalla necessità di coinvolgere le persone stesse nel tradurre le informazioni offerte ai comportamenti conseguenti.

Il diritto alle cure, inteso più precisamente come diritto all'accesso alle cure disponibili e alle informazioni su di esse, trova applicazione nella rete di servizi offerti alle persone infette.

Il diritto a non essere discriminati si traduce invece nella garanzia di esistenza e nel divieto di far valere l'infezione da HIV come motivo di esclusione nell'ambiente scolastico e lavorativo, secondo quanto previsto dalla legge n. 135 del 1990. A tale proposito non si può non rilevare che l'articolo 5 di detta legge non prevede sanzioni per coloro che violano i diritti delle persone sieropositive.

Una particolare tutela va riservata ad alcuni gruppi vulnerabili per esposizione all'infezione, in particolare i bambini e le donne.

Ai diritti delle persone sieropositive corrisponde un insieme di doveri, che si riferiscono in primo luogo alle professioni deputate alla cura e all'assistenza di tali persone. La legge n. 135 del 1990 ha definito senza ambiguità il dovere degli operatori sanitari di prestare assistenza ad ogni persona che vengano a sapere infetta.

Più in generale, il dovere di assistere si traduce nel dovere di instaurare una comunicazione autentica con il paziente anche al di là della formale richiesta del consenso informato, benché quest'ultimo sia pur sempre necessario.

Inoltre, c'è il dovere di non nuocere, che nel caso specifico delle malattie infettive si traduce nel dovere di informarsi sulle caratteristiche della malattia e sulle modalità di trasmissione di mettere in atto tutte le precauzioni idonee a non trasmettere l'infezione.

Diritti e doveri in un area delicata e complessa come quella delle malattie infettive, di cui l'AIDS costituisce una sfida particolarmente impegnativa e un esempio paradigmatico, sono fortemente interconnessi e descrivono la trama delle relazioni fra le persone infette e coloro che le curano, le assistono o convivono con esse. Ciascuna persona indipendentemente dall'essere o non essere infetta, deve essere messa in condizione di affrontare le difficoltà poste da questa malattia.

Infine, allo scopo di verificare la qualità dell'assistenza e il trattamento dei pazienti sieropositivi nelle unità operative di malattie infettive, è auspicabile che vengano effettuate apposite ricognizioni.

10. GLI ASPETTI PSICOLOGICI E PSICHIATRICI DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS

È ormai consolidata la nozione secondo cui la diagnosi di sieropositività da HIV e l'andamento progressivo della malattia AIDS hanno effetto destabilizzante sull'equilibrio psichico e sul comportamento sociale delle persone portatrici dell'infezione.

Il drammatico impatto psicologico della sieropositività è particolarmente aggravato dalla frequente giovane età delle persone e dall'appartenenza della maggior parte di esse a gruppi sociali tradizionalmente stigmatizzati ed emarginati. Si rende perciò necessaria l'attivazione di un supporto psicologico e relazionale diversificato, profondo e continuativo, in tutte le strutture cui le persone sieropositive afferiscono.

Una malattia ad amplificazione sociale come l'AIDS coinvolge intensamente, accanto a coloro che ne sono affetti, anche congiunti e familiari e produce un vasto alone di sofferenza.

Nell'ambito della famiglia, infatti, si svolgono una serie di fenomeni dinamici legati alla sofferenza di una persona malata che modificano le risposte degli altri membri attraverso atteggiamenti reattivi e fanno emergere stati di disagio o disturbi del carattere preesistenti negli altri membri.

Un miglioramento delle modalità di relazione e comunicazione intrafamigliare, può quindi permettere alla persona sieropositiva o al malato di AIDS di ricevere dalla famiglia i supporti affettivi necessari per affrontare la malattia o per tentare di convivere con essa. Indispensabile appare, pertanto, l'organizzazione di forme diversificate di intervento d'informazione e di supporto psicologico delle famiglie dei pazienti con infezione da HIV.

Il personale medico e paramedico che si occupa dei pazienti affetti da AIDS è sottoposto ad un carico emotivo particolarmente stressante a causa di numerosi fattori dal, seppur modesto, rischio professionale di contagio, alla prognosi del paziente, a problematiche inerenti la sessualità o la tossicodipendenza. Per tali motivi l'assistenza alle persone sieropositive o con AIDS esaurisce le risorse psichiche del personale sanitario determinando la cosiddetta sindrome del «burn-out». Offrire la possibilità di poter discutere in gruppo delle emozioni e dei problemi di relazione con questo tipo di pazienti, può perciò ridurre la tensione psichica e migliorare così la relazione degli operatori con i pazienti, con vantaggi anche per gli stessi.

ALLEGATO 1

MINISTERO DELLA SANITÀ

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - CENTRO OPERATIVO AIDS

SINDROME DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (AIDS) IN ITALIA

Aggiornamento dei casi di AIDS al 30 giugno 1999

DISTRIBUZIONE TEMPORALE E GEOGRAFICA DEI CASI

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia[1], al 30 Giugno 1999, sono stati notificati al COA 44.516 casi cumulativi di AIDS[2]. Di questi, 34.746 (78,1%) erano di sesso maschile, 674 (1,5%) in età pediatrica (<13 anni), e 1.999 (4,5%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, risultava essere di 33 anni per i maschi (range: 13 anni - 85 anni), e di 31 anni (range: 13 anni - 80 anni) per le femmine.

L'andamento temporale

Nel primo semestre del 1999 sono stati notificati[3] al COA **1.111** nuovi casi di AIDS, di cui 631 (56,8%) diagnosticati nell'ultimo semestre e 480 riferiti a diagnosi effettuate nei semestri precedenti.

La Figura 1 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), corretti per ritardo di notifica[4]. Nella stessa figura è riportato l'andamento dei tassi di incidenza per anno di diagnosi, che evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996, che è stata analizzata in dettaglio nel Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 1997, vol. 10, N.9 (Suppl. 1).

La tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 30.732 pazienti (69,0%) risultano deceduti al 30 Giugno 1999. Nonostante il numero di decessi per AIDS sia ancora sottostimato[5], a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso, il dato riportato è più accurato, rispetto ai precedenti notiziari, grazie ad una indagine nazionale[6] sullo stato in vita dei casi di AIDS effettuata nel corso del 1998. La tabella 1 riporta, oltre al numero annuale di nuovi casi corretto per ritardo di notifica la stima dei casi cumulativi di AIDS al 30 Giugno 1999 (45.043 casi).

Figura 1. ***Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 30-06-1999***

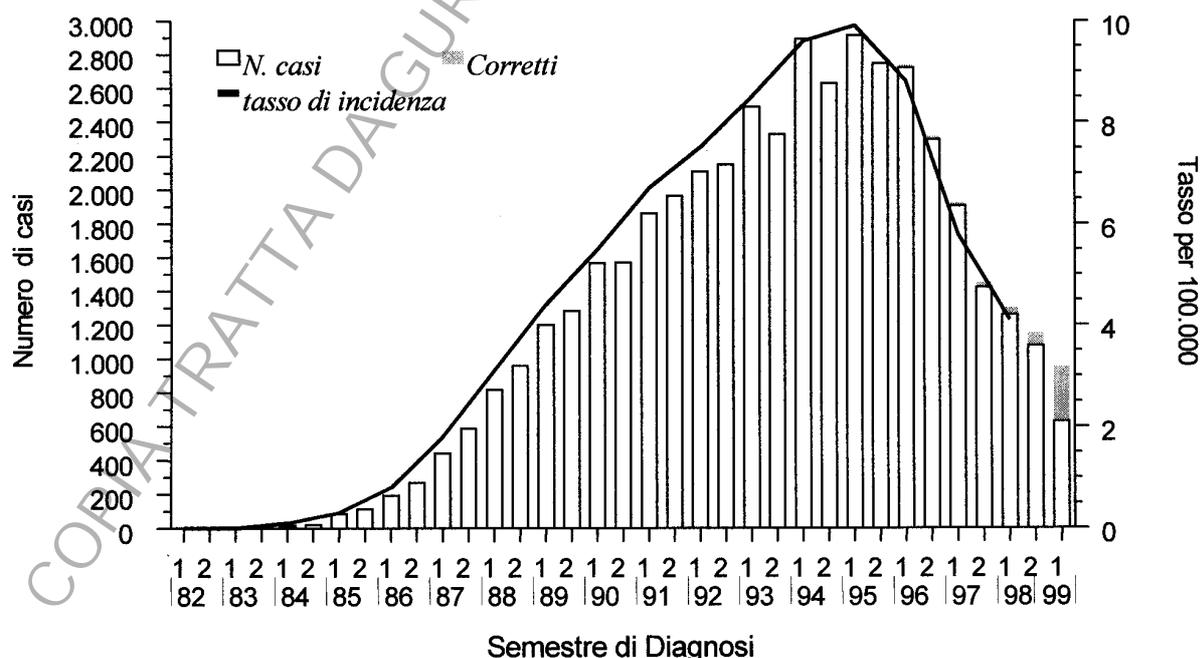



Tabella 1: ***Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità***

Anni	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo di notifica	Morti per anno di decesso	Decessi per anno di diagnosi*	Tasso di letalità#
1982	1	1	0	0	0,0
1983	8	8	2	7	87,5
1984	37	37	16	37	100,0
1985	198	198	89	186	93,9
1986	458	458	268	435	95,0
1987	1030	1030	563	963	93,5
1988	1774	1774	857	1646	92,8
1989	2481	2481	1397	2300	92,7
1990	3135	3135	1931	2882	91,9
1991	3827	3827	2606	3488	91,1
1992	4261	4261	3265	3794	89,0
1993	4815	4815	3640	3941	81,8
1994	5522	5524	4304	4228	76,6
1995	5658	5670	4517	3468	61,3
1996	5018	5048	4095	2054	40,9
1997	3326	3373	2047	832	25,0
1998	2336	2451	918	404	17,3
1999**	631	952	217	67	10,6
Totale	**44516**	**45043**	**30732**	**30732**	**69,0**

*Il numero di decessi indica quanti dei pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 30-06-1999;
#il tasso di letalità è calcolato come il rapporto tra i decessi per anno di diagnosi ed i casi diagnosticati nello stesso anno
**I semestre 1999

Il numero dei casi prevalenti[7] per anno viene mostrato in tabella 2

Tabella 2: ***Distribuzione annuale dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza***

REGIONE	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*
Lombardia	0	2	15	91	227	479	843	1373	1851	2406	2791	3244	3813	4106	4142	3841	3862	3705
Lazio	1	4	6	22	64	155	329	576	786	1004	1221	1407	1620	1913	2013	1952	2013	1916
Emilia R.	0	0	7	24	48	141	258	388	549	741	903	1020	1221	1349	1326	1132	1148	1089
Piemonte	0	0	3	11	44	97	194	304	385	536	645	697	829	876	934	855	858	792
Campania	0	0	2	6	19	35	80	130	174	227	315	356	467	562	643	695	775	780
Toscana	0	0	0	12	33	65	137	252	379	452	529	612	727	806	804	759	750	770
Sicilia	0	0	2	7	26	58	107	165	270	346	420	507	603	652	667	690	730	718
Veneto	0	0	3	13	38	80	148	262	395	503	624	705	793	832	844	764	735	706
Liguria	0	0	0	8	31	84	144	235	322	417	490	536	635	692	729	700	706	689
Puglia	0	1	0	6	10	42	75	113	181	249	321	422	473	555	623	623	647	643
Sardegna	0	0	0	10	16	41	99	140	217	262	319	386	438	482	481	471	473	471
Marche	0	0	1	2	10	16	45	61	82	126	152	176	197	219	233	211	227	219
Calabria	0	0	0	4	6	16	22	27	55	72	87	104	129	141	163	157	163	162
Friuli V.G.	0	0	1	2	6	15	19	28	46	59	79	94	111	118	132	128	118	126
Abruzzo	0	0	0	0	3	11	12	26	44	52	59	78	95	115	118	117	121	121
Trento	0	0	0	1	2	6	11	26	35	47	66	86	104	115	120	119	117	115
Umbria	0	0	0	1	1	3	11	28	28	48	69	69	85	100	123	114	120	114
Bolzano	0	0	0	0	1	3	8	9	15	29	46	45	45	60	68	71	75	76
Basilicata	0	0	0	0	2	1	3	5	12	17	20	28	31	38	44	31	39	35
Valle D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	1	8	16	18	20	20	20	28	24	23	20
Molise	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	5	6	6	9	9	8	10	10
Estero	0	2	4	6	7	7	16	31	43	51	55	78	100	125	125	141	170	165
Ignota	0	0	0	0	1	2	7	11	50	162	247	355	371	382	399	396	408	409
TOTALE	**1**	**9**	**44**	**226**	**595**	**1357**	**2568**	**4192**	**5930**	**7826**	**9481**	**11031**	**12913**	**14267**	**14768**	**13999**	**14288**	**13851**

* I semestre 1999

La distribuzione geografica

La distribuzione dei casi cumulativi per regione di residenza e per anno di diagnosi viene riportata in tabella 3.

Tabella 3: ***Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi***

Frequenza	1982-91	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Totale
Lombardia	4175	1237	1485	1737	1675	1500	938	620	153	**13520**
Lazio	1617	536	605	648	734	647	468	342	93	**5690**
Emilia R.	1229	418	433	571	568	493	309	221	63	**4305**
Piemonte	891	278	298	367	362	346	223	153	31	**2949**
Toscana	783	243	274	332	364	285	204	136	62	**2683**
Veneto	781	268	301	331	317	280	180	117	27	**2602**
Liguria	724	227	229	283	283	259	157	101	34	**2297**
Sicilia	553	171	199	235	216	169	157	124	33	**1857**
Puglia	410	164	189	171	220	228	151	103	36	**1672**
Campania	384	165	133	198	209	182	132	114	24	**1541**
Sardegna	408	142	168	173	186	146	92	47	14	**1376**
Marche	198	65	66	80	89	79	54	45	19	**695**
Calabria	121	39	42	53	56	59	31	25	4	**430**
Friuli V.G.	97	34	40	38	39	49	27	14	9	**347**
Umbria	70	37	26	40	48	52	27	23	1	**324**
Abruzzo	83	23	34	39	47	41	31	18	7	**323**
Trento	65	30	38	32	37	29	24	14	2	**271**
Bolzano	40	24	16	18	25	27	17	14	3	**184**
Basilicata	29	9	18	12	18	18	7	10	0	**121**
Valle D'Aosta	17	5	6	5	7	9	3	5	1	**58**
Molise	6	2	4	3	5	3	2	3	1	**29**
Ignota	184	128	181	124	115	97	64	52	13	**958**
Estero	84	16	30	32	38	20	28	35	1	**284**
Totale	**12949**	**4261**	**4815**	**5522**	**5658**	**5018**	**3326**	**2336**	**631**	**44516**

* I semestre 1999

La Figura 2 mostra i tassi di incidenza per regione di residenza, calcolati in base ai soli casi segnalati negli ultimi 12 mesi, permettendo il confronto tra aree geografiche a diversa ampiezza di popolazione. Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia ed il Lazio, la Liguria, l'Emilia Romagna. E' evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dai tassi di incidenza che continuano ad essere mediamente più bassi nelle regioni meridionali.

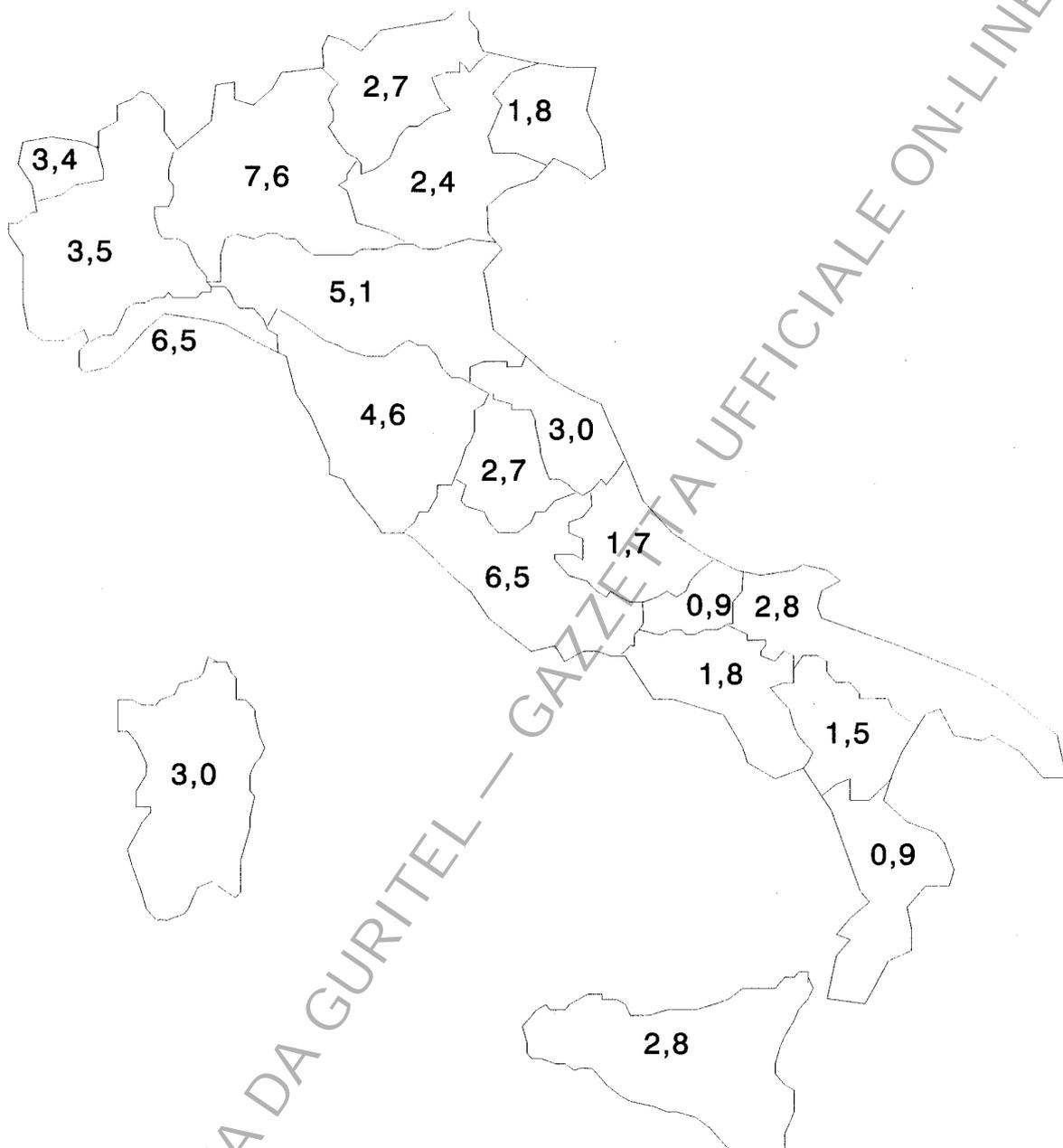



Figura 2. *Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 abitanti) per i casi notificati tra Luglio 1998 e Giugno 1999*

La Tabella 4 riporta la distribuzione dei casi per provincia di segnalazione e di residenza[8]. Tassi di incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Lodi, Ravenna, Milano, Varese, Genova e Verbania.

Tabella 4. Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione e di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza[8]

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Torino	1654	1488	5,0
Vercelli	106	99	2,2
Novara	414	395	7,5
Cuneo	176	162	4,3
Asti	62	60	1,0
Alessandria	263	306	2,5
Biella	218	237	7,9
Verbania	117	202	11,2
Aosta	65	58	3,4
Varese	1485	1382	11,6
Como	563	538	7,2
Sondrio	72	88	4,5
Milano	6391	7127	14,1
Bergamo	1032	982	9,7
Brescia	1759	1635	11,1
Pavia	1113	607	8,5
Cremona	313	363	7,4
Mantova	270	287	6,8
Lecco	287	246	7,3
Lodi	245	265	16,0
Bolzano	199	184	3,4
Trento	271	271	3,1
Verona	607	492	1,9
Vicenza	604	656	4,9
Belluno	48	74	2,8
Treviso	217	235	2,1
Venezia	347	470	3,2
Padova	811	548	4,5
Rovigo	53	127	4,5
Udine	59	112	0,6
Gorizia	19	27	2,9
Trieste	116	65	3,1
Pordenone	263	143	5,1
Imperia	281	315	8,7
Savona	321	321	6,7
Genova	1619	1489	11,5
La Spezia	174	172	4,0
Piacenza	211	236	8,2
Parma	337	285	6,9
Reggio E.	375	330	5,6
Modena	533	503	4,9
Bologna	1418	1226	7,2
Ferrara	317	344	5,9
Ravenna	848	635	14,3
Forlì	251	411	7,1
Rimini	508	335	8,7
Massa C.	186	230	4,5
Lucca	124	268	5,3
Pistoia	70	176	8,3
Firenze	875	860	8,5
Livorno	317	359	6,8
Pisa	576	203	2,6
Arezzo	124	110	3,5
Siena	130	120	3,6
Grosseto	195	252	9,4
Prato	188	105	5,0
Perugia	277	238	2,2
Terni	111	86	5,4
Pesaro U.	108	193	4,4
Ancona	416	203	4,8
Macerata	69	96	1,7
Ascoli P.	110	203	4,1
Viterbo	219	190	4,6
Rieti	104	37	0,7
Roma	5092	5036	10,6
Latina	402	319	5,1
Frosinone	207	108	2,1
L'Aquila	62	62	1,0
Teramo	84	102	3,5
Pescara	147	92	2,8
Chieti	51	67	1,6
Campobasso	29	20	0,4
Isernia	2	9	2,2
Caserta	95	188	1,7
Benevento	7	20	0,3
Napoli	1304	1114	3,3
Avellino	34	42	0,2
Salerno	122	177	1,3
Foggia	316	299	4,2
Bari	819	635	3,7
Taranto	173	283	4,1
Brindisi	121	184	4,6
Lecce	206	271	2,3
Potenza	59	89	2,5
Matera	4	32	1,0
Cosenza	28	81	0,4
Catanzaro	175	140	3,1
Reggio C.	55	97	1,0
Crotone	53	86	4,4
Vibo V.	27	26	1,1
Trapani	21	133	4,9
Palermo	928	808	5,7
Messina	167	179	3,2
Agrigento	1	82	0,8
Caltanissetta	127	68	1,8
Enna	18	30	1,1
Catania	463	387	3,3
Ragusa	51	47	3,7
Siracusa	81	123	2,5
Sassari	292	290	1,5
Nuoro	52	61	1,1
Cagliari	1030	989	8,4
Oristano	-	36	1,9
Estera	-	284	----
Ignota	-	958	----
TOTALE	**44.516**	**44.516**	----

La tabella 5 mostra la distribuzione percentuale dei casi cumulativi di AIDS per nazionalità anagrafica. Si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 3,0% nel 1982-93 al 10,0% nel primo semestre del 1999).

Tabella 5: *Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica.*

Area geografica	1982-93	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Totale
Italia	97,0	95,6	95,2	94,5	92,7	89,5	90,0	**95,5**
Africa	0,9	1,6	1,9	2,2	3,3	5,2	5,1	**1,7**
Asia	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,3	0,6	**0,1**
Europa Occidentale	0,5	0,6	0,7	1,1	0,7	0,8	0,0	**0,6**
Europa Est	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,7	0,8	**0,1**
Nord America	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	**0,2**
Sud America	0,9	1,6	1,4	1,6	2,3	2,9	1,6	**1,4**
Non Specificata	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,5	1,6	**0,3**

* I semestre 1999

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei casi di AIDS, si evidenzia, nell'ultimo anno, una riduzione dei tassi di incidenza regionali e provinciali più marcata nelle regioni del nord Italia.

I principali fattori che potrebbero spiegare la differente entità della riduzione di incidenza in aree diverse sono:
- un probabile aumento del ritardo di notifica legato alla riorganizzazione del sistema di sorveglianza in alcune regioni;
- una reale riduzione della incidenza di AIDS più marcata in determinate aree, attribuibile ad esempio ad un più facile accesso dei sieropositivi alle terapie antiretrovirali, con conseguente ritardo della diagnosi di AIDS.

Dal momento che non è possibile escludere altri fattori in grado di determinare variazioni geografiche nella riduzione dei tassi di incidenza, si raccomanda di interpretare con cautela l'attuale andamento.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E MODALITÀ' DI TRASMISSIONE

La tabella 6 mostra la distribuzione dei casi per fascia d'età e sesso negli anni '89, '93 e nel 1998. Il 73,6% del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 25-39 anni. In particolare è aumentata la quota di casi nella fascia d'età 35-39 anni (per i maschi dal 11,5% nel 1989 al 29,2% nel 1998 e per le femmine dal 5,7% nel 1989 al 22,8% nel 1998).

Tabella 6: *Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1989, 1993 e 1998.*

	Maschi			Femmine			Totale (1982-1999*)		
Anno di diagnosi	1989	1993	1998	1989	1993	1998	Maschi	Femmine	Totale
		N. 3763	*N. 1814*	*N. 459*	*N. 1052*	*N. 522*	*N. 34746*	*N. 9770*	*N. 44516*
Età (anni)									
0	0,49	0,19	0,17	1,74	1,24	0,00	0,33	1,35	0,56
1- 4	0,69	0,27	0,22	2,40	0,95	0,19	0,34	1,33	0,56
5- 9	0,10	0,13	0,11	0,65	0,95	0,77	0,20	0,67	0,30
10-12	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,15	0,08
13-14	0,00	0,05	0,17	0,00	0,00	0,19	0,07	0,06	0,07
15-19	0,54	0,13	0,11	0,87	0,29	0,57	0,24	0,33	0,26
20-24	9,50	2,07	1,21	19,61	4,66	3,45	4,00	8,09	4,90
25-29	36,00	20,83	7,94	40,96	34,60	17,05	20,86	29,01	22,65
30-34	25,87	37,50	26,02	21,79	32,70	34,67	32,24	31,49	32,08
35-39	11,52	18,12	29,22	5,66	13,97	22,80	19,90	15,12	18,85
40-49	9,99	13,15	21,50	2,40	7,32	12,45	14,14	7,93	12,78
50-59	3,66	5,02	9,10	2,40	2,19	4,21	5,33	2,73	4,76
>60	1,58	2,50	4,24	1,53	1,14	3,64	2,28	1,74	2,16

* I semestre 1999

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1985 la mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel primo semestre del 1999 le mediane sono salite rispettivamente a 38 e 35 anni (Figura 3). Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è andata progressivamente aumentando, passando dal 16,0% del 1985 al 24,6% del primo semestre del 1999 (dati non mostrati).

Figura 3: ***Età mediana alla diagnosi per sesso ed anno di diagnosi.***

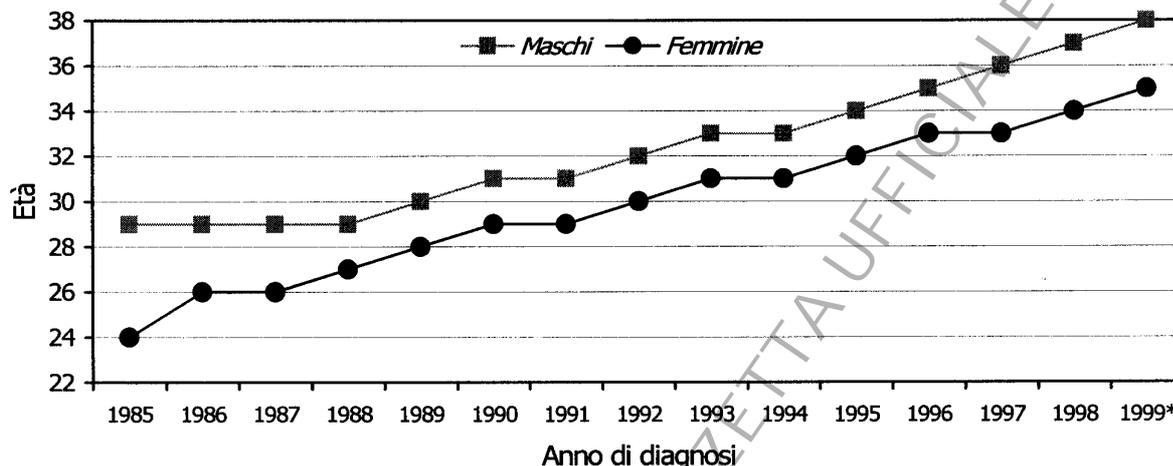



Tabella 7: ***Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi***

Categoria di Esposizione	1982-92	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Totale	Maschi	Femmine
Omosessuali	2691	706	870	816	751	494	405	107	**6840**	6840	0
%	*16,0*	*14,8*	*15,9*	*14,6*	*15,1*	*15,0*	*17,5*	*17,0*	***15,6***	*19,9*	*0,0*
Tossicodipendenti	11349	3049	3414	3384	2940	1771	1081	286	**27274**	21689	5585
%	*67,4*	*64,1*	*62,5*	*60,7*	*59,2*	*53,7*	*46,7*	*45,3*	***62,2***	*63,0*	*59,3*
*TD-OMO***	423	94	117	102	69	50	32	9	**896**	896	0
%	*2,5*	*2,0*	*2,1*	*1,8*	*1,4*	*1,5*	*1,4*	*1,4*	***2,0***	*2,6*	*0,0*
Emofilici	196	29	30	28	23	10	4	1	**321**	312	9
%	*1,2*	*0,6*	*0,5*	*0,5*	*0,5*	*0,3*	*0,2*	*0,2*	***0,7***	*0,9*	*0,1*
Trasfusi	202	44	37	47	36	15	9	4	**394**	224	170
%	*1,2*	*0,9*	*0,7*	*0,8*	*0,7*	*0,4*	*0,4*	*0,6*	***0,9***	*0,6*	*1,8*
Contatti etero	1800	748	906	1084	1027	678	589	193	**7025**	3700	3325
%	*10,7*	*15,7*	*16,6*	*19,4*	*20,7*	*20,5*	*25,4*	*30,6*	***16,0***	*10,7*	*35,3*
Altro/Non det.	168	89	91	114	121	281	197	31	**1092**	756	336
%	*1,0*	*1,9*	*1,7*	*2,0*	*2,4*	*8,5*	*8,5*	*4,9*	***2,5***	*2,2*	*3,7*
Totale	**16829**	**4759**	**5465**	**5575**	**4967**	**3299**	**2317**	**631**	**43842**	**34417**	**9425**

* I semestre 1999
**TD-OMO = Tossicodipendenti/Omosessuali.

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione[9] (Tabella 7) evidenzia come il 64,2% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) ed una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione. Particolare cautela è necessaria nell'interpretare l'andamento crescente dei casi appartenenti alla categoria "Altro/non determinato": infatti, l'indagine periodica condotta su questi casi, volta alla riclassificazione dei fattori di rischio, non è completa per i casi con diagnosi recente. Pertanto è stata stimata[10] la proporzione di casi con fattore di rischio "altro/non determinato" che verrebbe riattribuita alle diverse categorie di esposizione in base a quanto era emerso da una precedente indagine condotta dal COA (vedi Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità Vol.11, N. 1, supplemento 1,

gennaio 1998). Secondo l'attuale stima la metà dei maschi e tre quarti delle femmine verrebbero riattribuiti alla categoria "contatti etrerosessuali".
La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali[11] (7.025 casi), ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio, è presentata in tabella 7.

Tabella 8: *Distribuzione dei casi adulti di AIDS in eterosessuali per tipo di rischio e sesso*

Tipo di rischio eterosessuale	Maschi con partner HIV non noto	Maschi con partner HIV noto	Femmine con partner HIV non noto	Femmine con partner HIV noto	Totale con partner HIV non noto	Totale con partner HIV noto
Originario di zona endemica	405	11	247	16	652	27
Partner bisessuale	0	0	30	31	30	31
Partner tossicodipendente	473	179	748	949	1221	1128
Partner emofilico/trasfuso	8	12	16	32	24	44
Partner di zona endemica	250	24	29	11	279	35
*Partner promiscuo**	1925	413	408	808	2333	1221
Totale	**3061**	**639**	**1478**	**1847**	**4539**	**2486**

*Pazienti che hanno presumibilmente contratto l'infezione per via eterosessuale (inclusi i partner di prostituta e le prostitute) non includibili in nessuna delle altre categorie

PATOLOGIE INDICATIVE DI AIDS

La tabella 9 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre la diagnosi di AIDS in adulti, per anno di diagnosi[12]. Dalla tabella si evidenzia come negli ultimi anni si sia verificata una diminuzione della proporzione di diagnosi di candidosi, toxoplasmosi cerebrale, ed un aumento delle diagnosi di sarcoma di Kaposi, di linfomi e di wasting syndrome. Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 hanno contribuito per il 5,1% del totale delle diagnosi negli anni 1993-94, per l'8,5% nel 1995-96 e per il 9,8% sia negli anni 1997-98 quanto per il primo semestre del 1999.

Tabella 9: *Frequenza relativa delle patologie[13] indicative di AIDS in adulti per anno di diagnosi*

	1982-92	***1993-94***		***1995-96***		***1997-98***		***1999****	
Totale patologie	**20058**	**11743**	***11148#***	**11844**	***10835#***	**6384**	***5755#***	**747**	***674#***
Definizione di caso dal 1987									
Candidosi (polm. e esofagea)	25,9	**22,1**	*23,3*	**20,5**	*22,4*	**19,4**	*21,5*	**20,2**	*22,4*
Polmonite da Pneumocystis Carinii	23,6	**20,6**	*21,7*	**18,2**	*19,9*	**18,2**	*20,2*	**19,1**	*21,2*
Toxoplasmosi cerebrale	8,1	**9,3**	*9,8*	**7,8**	*8,6*	**7,1**	*7,9*	**5,5**	*6,1*
Micobatteriosi§	5,3	**7,1**	*7,5*	**7,1**	*7,7*	**7,0**	*7,8*	**5,6**	*6,2*
Altre infezioni opportunistiche**	13,9	**16,0**	*16,9*	**16,0**	*17,5*	**13,3**	*14,7*	**13,5**	*15,0*
Sarcoma di Kaposi (KS)	5,2	**4,6**	*4,9*	**4,5**	*4,9*	**4,9**	*5,5*	**4,1**	*4,6*
Linfomi	3,0	**2,7**	*2,9*	**3,1**	*3,4*	**4,4**	*4,9*	**6,0**	*6,7*
Encefalopatia da HIV	7,1	**6,3**	*6,6*	**7,4**	*8,1*	**7,3**	*8,1*	**7,2**	*8,0*
"Wasting Syndrome"	8,1	**6,1**	*6,4*	**6,8**	*7,5*	**8,4**	*9,3*	**8,8**	*9,8*
Definizione di caso dal 1993									
Carcinoma cervice uterina	0,0	**0,4**	*0,0*	**0,4**	*0,0*	**0,7**	*0,0*	**0,8**	*0,0*
Polmonite ricorrente	0,0	**1,7**	*0,0*	**3,7**	*0,0*	**3,9**	*0,0*	**3,6**	*0,0*
Tubercolosi Polmonare	0,0	**3,0**	*0,0*	**4,4**	*0,0*	**5,2**	*0,0*	**5,3**	*0,0*

* I semestre 1999
# I valori in corsivo indicano il numero assoluto (e relative frequenze) secondo la vecchia definizione di caso 1987;
§ Disseminata o extrapolmonare;
** Include: Criptococcosi, Criptosporidiosi, Infezione da Cytomegalovirus, Infezione da Herpes simplex, Isosporidiosi, Leucoencefalopatia multifocale progressiva; Salmonellosi, Coccidioidomicosi, Istoplasmosi.

CASI PEDIATRICI

Dei 44.516 casi segnalati fino al 30 Giugno 1999, 674 (1,5%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (pazienti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni). In tabella 10 è riportata la distribuzione dei casi per regione di residenza e per anno di diagnosi. Il maggior numero di casi si registra in Lombardia, seguita da Lazio ed Emilia Romagna. La diffusione dell'AIDS pediatrico sembra ricalcare la distribuzione geografica dell'epidemia riportata per i casi segnalati negli adulti[14].

Tabella 10: ***Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS in Italia per regione di residenza e per anno di diagnosi***

Regione	1982-92	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Totale
Lombardia	110	10	19	22	19	5	4	0	189
Lazio	65	9	5	11	8	8	4	0	110
Emilia Romagna	36	9	4	4	4	2	1	0	60
Toscana	22	2	7	7	1	0	2	0	41
Piemonte	19	4	4	3	3	7	0	0	40
Veneto	18	0	7	3	3	0	0	0	31
Liguria	17	4	3	4	1	0	1	0	30
Campania	14	5	1	7	1	2	0	0	30
Sicilia	14	3	4	4	0	0	1	0	26
Sardegna	14	2	2	4	0	1	2	0	25
Puglia	15	3	0	2	1	1	2	0	24
Calabria	7	1	0	2	0	0	0	0	10
Abruzzo	5	2	1	1	1	0	0	0	10
Trentino	6	0	0	2	0	1	0	0	9
Marche	5	0	0	0	1	0	0	0	6
Umbria	2	0	0	3	1	0	0	0	6
Basilicata	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Friuli Venezia Giulia	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valle Da Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignota	10	2	0	3	4	0	1	0	20
Estero	1	0	0	1	1	0	0	0	3
Totale	**381**	**56**	**57**	**83**	**51**	**27**	**19**	**0**	**674**

* I semestre 1999

La cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici che si è registrata nel 1997 e nel 1998 può in parte considerarsi un effetto delle campagne di prevenzione e dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza

La tabella 11 mostra l'andamento temporale dell'infezione pediatrica per categoria di esposizione, anno di diagnosi e sesso. Dal 1993 ad oggi non sono stati più riportati casi in emofilici. Dei 640 (95,0%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 339 (53,0%) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 225 (35,1%) sono figli di donne che hanno acquisito l'infezione per via sessuale (dati non mostrati).

Tabella 11: *Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS per categoria di esposizione, per anno di diagnosi e per sesso.*

Categoria di esposizione	1982-91	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Totale	Maschi	Femmine
Trasmissione vert.	294	64	54	53	83	49	27	16	0	**640**	306	334
%	*93,3*	*97,0*	*96,4*	*93,0*	*100,0*	*96,0*	*100,0*	*84,2*	*0,0*	***95,0***	*93,0*	*96,8*
Emofilici	14	1	0	0	0	0	0	0	0	**15**	15	0
%	*4,4*	*1,5*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	***2,2***	*4,6*	*0,0*
Trasfusi	7	0	1	3	0	1	0	0	0	**12**	5	7
%	*2,2*	*0,0*	*1,8*	*5,3*	*0,0*	*2,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	***1,8***	*1,5*	*2,0*
Altro Non det	0	1	1	1	0	1	0	3	0	**7**	3	4
%	*0,0*	*1,5*	*1,8*	*1,7*	*0,0*	*2,0*	*0,0*	*15,8*	*0,0*	***1,0***	*0,9*	*1,2*
Totale	**315**	**66**	**56**	**57**	**83**	**51**	**27**	**19**	**0**	**674**	**329**	**345**

* I semestre 1999

La distribuzione delle patologie indicatrici di AIDS per anno di diagnosi[12], evidenzia una diminuzione delle diagnosi di Polmonite da *Pneumocystis carinii* (dal 16,0% nel 1982-92 al 9,3% nel 1997-98) ed un aumento delle micobatteriosi (Tabella 12).

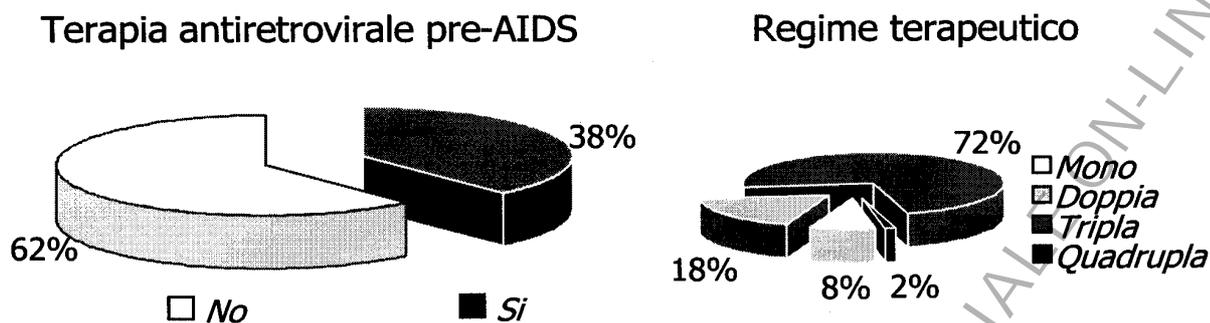
Tabella 12: *Frequenza relativa delle patologie[13] indicative di AIDS in pediatrici per anno di diagnosi*

Totale patologie[13]	1982-92 *500*	1993-94 *140*	1995-96 *164*	1997-98 *54*	1999# *0*
Candidosi (Polmonare e esofagea)	11,8	10,0	11,6	13,0	0,0
Polmonite da Pneumocystis carinii	16,0	18,6	14,6	9,3	0,0
Toxoplasmosi cerebrale	1,8	0,0	1,2	1,8	0,0
Infezione da Cytomegalovirus	9,0	7,9	9,8	3,7	0,0
Micobatteriosi*	1,0	0,7	1,8	16,7	0,0
Infezioni batteriche ricorrenti	10,8	12,9	10,4	14,8	0,0
Polmonite Interstiziale Linfoide	20,8	10,0	9,8	13,0	0,0
Altre infezioni opportunistiche**	5,8	7,1	3,0	7,4	0,0
Tumori (KS e Linfomi)	2,0	1,4	4,3	1,8	0,0
Encefalopatia da HIV	13,6	18,6	23,2	13,0	0,0
"Wasting Syndrome"	7,4	12,9	10,4	5,6	0,0

\# I semestre 1999
* Comprende: M. Tubercolosis o da altri micobatteri o da specie non identificata: disseminata o extrapolmonare.
** Include: Criptococcosi, Criptosporidiosi, Infezione da Herpes simplex, Isosporidiosi , Leucoencefalopatia Multifocale Progressiva, Salmonellosi.

TRATTAMENTO TERAPEUTICO PRECEDENTE LA DIAGNOSI DI AIDS

Dal primo gennaio 1999 la scheda di notifica raccoglie anche una serie di informazioni anamnestiche (ultimo test HIV-negativo, viremia plasmatica alla diagnosi di AIDS, il regime terapeutico antiretrovirale più aggressivo e le profilassi delle infezioni opportunistiche effettuate prima della diagnosi di AIDS). La figura 4 mostra che solo il 38%, dei casi notificati nell'ultimo semestre, ha ricevuto un trattamento terapeutico antiretrovirale. Di questi, a circa tre quarti è stata loro somministrata una combinazione con tre farmaci antiretrovirali. Risultano inoltre, delle differenze per modalità di trasmissione avendo soltanto il 28% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (cioè omosessuali ed eterosessuali), contro oltre il 50% dei tossicodipendenti, effettuato una terapia antiretrovirale (dati non mostrati).

Figura 4: ***Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico pre-AIDS***

COMMENTO

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 si conferma anche per il primo semestre 1999. In particolare, negli ultimi 12 mesi si è registrata una flessione nel numero delle notifiche dei casi di AIDS di circa il 12,4% rispetto al periodo precedente (Luglio1997-Giugno1998); tale declino risulta comunque essere inferiore a quelli riscontrati nei periodi precedenti. La diminuzione si riscontra in tutte le principali categorie di esposizione, anche se risulta essere meno marcata per i casi a trasmissione sessuale (sia omosessuale che eterosessuale). Va però fatto osservare che per tali casi attualmente sembra esserci un minore accesso alle terapie antiretrovirali (vedi paragrafo precedente). Questo fenomeno è comunque spiegato in gran parte dal ritardo nella individuazione della sieropositività dei contatti sessuali come risulta evidenziato da una analisi riportata nel precedente notiziario (Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Vol. 12, N. 6, giugno 1999).

Tabella 13*: Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per categoria di trasmissione e periodo di notifica*

Categoria di trasmissione	Luglio1995 Giugno1996	Δ ⇔	Luglio1996 Giugno1997	Δ ⇔	Luglio1997 Giugno1998	Δ ⇔	Luglio1998 Giugno1999
Omosessuali	836	-16,9	695	-38,7	426	-0,5	424
Tossicodipendenti	3413	-21,8	2668	-45,8	1447	-25,7	1075
TD-OMO	101	-31,7	69	-42,0	40	-17,5	33
Emofilici	33	-24,2	25	-76,0	6	-33,3	4
Trasfusi	41	-14,6	35	-62,9	13	-15,4	11
C. eterosessuali	1143	-17,9	938	-43,5	530	26,6	671
Trasmissione vert.	72	-31,9	49	-46,9	26	0,0	26
Altro/Non det.	121	41,3	171	57,3	269	-36,1	172
Totale	**5760**	**-19,3**	**4650**	**-40,7**	**2757**	**-12,4**	**2416**

Come evidenziato da alcune simulazioni (con dei modelli matematici) sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi tre anni è difficilmente attribuibile ad una riduzione delle infezioni da HIV[V]. D'altro canto molti studi osservazionali hanno messo in evidenza, in Italia come in altri paesi industrializzati, una rapida e ampia diffusione di nuove terapie di combinazione con più farmaci antiretrovirali. L'efficacia di tali combinazioni si è confermata anche nel ridurre il rischio di patologie HIV-correlate e di morte[I,II,III,IV,VII,VIII]. Tali studi hanno inoltre evidenziato che tale effetto è presente in tutte le categorie di rischio[I], anche se l'accesso a tali terapie prima dell'AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività HIV[VI] più o meno frequente a seconda della categoria considerata.

Le limitate conoscenze sulla durata dell'effetto delle nuove terapie, la mancanza di una stima precisa della diffusione dei farmaci antiretrovirali, e di eventuali differenze nei singoli sottogruppi, rendono più problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV e sottolineano l'importanza dei sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV.

Note Tecniche

1 - In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e, nel giugno 1984, e' stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il decreto del 28 novembre 1986 (DM n. 288), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito, dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta, all'analisi periodica dei dati ed alla pubblicazione e diffusione di un rapporto trimestrale.

2 - I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al gennaio 1993, quelli della definizione dell'OMS/CDC 1987. A partire dal 1 gennaio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo dell'OMS. Quest'ultima aggiunge altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina.

3 - L'anno di notifica non coincide necessariamente con l'anno di diagnosi, ma può essere successivo (es: caso diagnosticato nell'anno 1985 ma notificato nel 1990).

4 - La distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, cioè dal tempo che intercorre dalla data della diagnosi del caso al momento in cui la notifica perviene al COA. Ciò determina una sottostima nel numero di nuovi casi, particolarmente evidente negli ultimi trimestri di diagnosi. Il numero dei casi viene pertanto corretto attraverso il metodo di correzione messo a disposizione dal Centro Europeo di Sorveglianza Epidemiologica (Heisterkamp S. H., Jager J. C. & Ruitenberg E. J. et al. 1989. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. Stat. Med., ***8****: 963-976). Altro elemento, che influenza le reali dimensioni del fenomeno, è la sottonotifica dei casi di AIDS, cioè quella quota di casi che, non segnalata, sfugge al Sistema di Sorveglianza. Studi preliminari hanno permesso di stimare per l'Italia un tasso di sottonotifica vicino al 10%*

5 - In Italia la notifica di decesso per AIDS non è obbligatoria.

6 - Ad oggi solo alcune regioni Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia G., Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana, Valle D'Aosta e Veneto effettuano il follow-up attivo di mortalità e forniscono routinariamente tali dati al COA. Per questo motivo nel 1998 il COA, in collaborazione con il gruppo di ricerca che si occupa dello studio di mortalità per AIDS presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB) dell'ISS, ha avviato un'indagine attiva (presso le anagrafi) sullo stato in vita dei casi di AIDS estesa a tutto il territorio nazionale. L'indagine è stata condotta per le regioni che non effettuano routinariamente l'aggiornamento dello stato in vita.

7 - I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti quelli diagnosticati negli anni precedenti, o nello stesso anno, e "vivi" (anche per un solo giorno dell'anno considerato). A causa del ritardo di notifica di decesso, il numero dei casi prevalenti riportato per gli anni più recenti va valutato con cautela, poiché non è corretto per i casi di decesso in tali anni.

8 - Le province che hanno un numero di casi residenti maggiore dei casi segnalati hanno "esportato" casi, in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati ne hanno "importati". Il tasso di incidenza (x 100.000 abitanti) per provincia è calcolato sul numero di notifiche pervenute al COA nel periodo luglio 1998 - giugno 1999.

9 - Le categorie di esposizione hanno un ordine gerarchico che risponde ai criteri del sistema di sorveglianza europeo dell'AIDS. Ogni caso è classificato in un solo gruppo. I soggetti che presentano rischi multipli sono classificati nel gruppo più importante in termini gerarchici. Infine, vengono effettuate indagini periodiche per tre diversi gruppi di pazienti al fine di riclassificarli nelle categorie di esposizione classiche:
a) pazienti che hanno dichiarato di aver avuto soltanto rapporti eterosessuali con partner che non avevano un fattore di rischio noto;
b) pazienti che hanno avuto una trasfusione;
c) pazienti senza fattore di rischio noto, (categoria "altro-non determinato").

10 - La riattribuzione del fattore di rischio è stata effettuata mediante l'uso di un modello matematico che calcolava la probabilità di appartenere ad una categoria di trasmissione in base a sesso, anno di diagnosi ed ai risultati di una precedente indagine condotta dal COA (v. testo).

11 - La categoria di esposizione "contatti eterosessuali" comprende i soggetti che hanno un partner a rischio dell'altro sesso. Quando è nota la sieropositività del partner, questa informazione viene riportata esplicitamente. Sono stati considerati come casi attribuibili a trasmissione eterosessuale anche i casi con partner promiscuo che includono i "partner di prostituta" e le prostitute.

12 - I dati relativi alla distribuzione delle patologie opportunistiche indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, ne vengono conteggiate un massimo di sei occorse entro 60 giorni dalla prima.

13 - Per ogni caso possono essere indicate più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno.

14 - Le differenze osservabili tra le regioni per ciò che riguarda la distribuzione dell'AIDS pediatrico risentono anche della diversa disponibilità di centri clinici pediatrici sul territorio.

Riferimenti bibliografici

I- Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. AIDS 1999, 13:249-255.

II- Porta D, Rapiti E, Forastiere F, Pezzotti P, Perucci CA. Changes in survival among people with AIDS in Lazio, Italy from 1993 to 1998. AIDS 1999, 13:2125-2132.

III- Palella FJ, Delaney KM, Morman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1998, 338:853-860.

IV- Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al.: Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. LANCET 1998, 352:1725-1730.

V- Rezza G, Pezzotti P, Balducci M. Attualità sull'andamento dell'epidemia di AIDS/HIV in Italia. G. Ital. Mal. Infett. 1998, 4:133-136.

VI- Napoli PA, Dorrucci M, Serraino D, et al. Frequency and determinants of use of antiretroviral and prophylactic therapies against Pneumocystis carinii Pneumonia (PCP) before AIDS diagnosis in Italy. European Journal of Epidemiology 1998, 14:41-47.

VII- Egger M, Hirschel B, Francioli P, et al.: Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: prospective multicentre study . BMJ 1997, 315:1194-1199.

VIII- Detels R, Munoz A, McFarlane G, et al.: Effectiveness of Potent Antiretroviral Therapy on Time to AIDS and Death in Men With Known HIV Infection Duration. JAMA, 1998, 280:1497-1503

00A13103

DOMENICO CORTESANI, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(3651486/1) Roma, 2001 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO

LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE

ABRUZZO

◇ **CHIETI**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI - DE LUCA
Via A. Herio, 21

◇ **L'AQUILA**
LIBRERIA LA LUNA
Viale Persichetti, 9/A

◇ **PESCARA**
LIBRERIA COSTANTINI DIDATTICA
Corso V. Emanuele, 146
LIBRERIA DELL'UNIVERSITÀ
Via Galilei (ang. via Gramsci)

◇ **SULMONA**
LIBRERIA UFFICIO IN
Circonv. Occidentale, 10

◇ **TERAMO**
LIBRERIA DE LUCA
Via Riccitelli, 6

BASILICATA

◇ **MATERA**
LIBRERIA MONTEMURRO
Via delle Beccherie, 69
GULLIVER LIBRERIE
Via del Corso, 32

◇ **POTENZA**
LIBRERIA PAGGI ROSA
Via Pretoria

CALABRIA

◇ **CATANZARO**
LIBRERIA NISTICÒ
Via A. Daniele, 27

◇ **COSENZA**
LIBRERIA DOMUS
Via Monte Santo, 70/A

◇ **PALMI**
LIBRERIA IL TEMPERINO
Via Roma, 31

◇ **REGGIO CALABRIA**
LIBRERIA L'UFFICIO
Via B. Buozzi, 23/A/B/C

◇ **VIBO VALENTIA**
LIBRERIA AZZURRA
Corso V. Emanuele III

CAMPANIA

◇ **ANGRI**
CARTOLIBRERIA AMATO
Via dei Goti, 11

◇ **AVELLINO**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Vasto, 15
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Matteotti, 30-32
CARTOLIBRERIA CESA
Via G. Nappi, 47

◇ **BENEVENTO**
LIBRERIA LA GIUDIZIARIA
Via F. Paga, 11
LIBRERIA MASONE
Viale Rettori, 71

◇ **CASERTA**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Caduti sul Lavoro, 29-33

◇ **CASTELLAMMARE DI STABIA**
LINEA SCUOLA
Via Raiola, 69/D

◇ **CAVA DEI TIRRENI**
LIBRERIA RONDINELLA
Corso Umberto I, 253

◇ **ISCHIA PORTO**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Sogliuzzo

◇ **NAPOLI**
LIBRERIA LEGISLATIVA MAJOLO
Via Caravita, 30
LIBRERIA GUIDA 1
Via Portalba, 20-23
LIBRERIA L'ATENEO
Viale Augusto, 168-170
LIBRERIA GUIDA 2
Via Merliani, 118
LIBRERIA I.B.S.
Salita del Casale, 18

◇ **NOCERA INFERIORE**
LIBRERIA LEGISLATIVA CRISCUOLO
Via Fava, 51;

◇ **NOLA**
LIBRERIA EDITRICE LA RICERCA
Via Fonseca, 59

◇ **POLLA**
CARTOLIBRERIA GM
Via Crispi

◇ **SALERNO**
LIBRERIA GUIDA
Corso Garibaldi, 142

EMILIA-ROMAGNA

◇ **BOLOGNA**
LIBRERIA GIURIDICA CERUTI
Piazza Tribunali, 5/F
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Castiglione, 1/C
GIURIDICA EDINFORM
Via delle Scuole, 38

◇ **CARPI**
LIBRERIA BULGARELLI
Corso S. Cabassi, 15

◇ **CESENA**
LIBRERIA BETTINI
Via Vescovado, 5

◇ **FERRARA**
LIBRERIA PASELLO
Via Canonica, 16-18

◇ **FORLÌ**
LIBRERIA CAPPELLI
Via Lazzaretto, 51
LIBRERIA MODERNA
Corso A. Diaz, 12

◇ **MODENA**
LIBRERIA GOLIARDICA
Via Berengario, 60

◇ **PARMA**
LIBRERIA PIROLA PARMA
Via Farini, 34/D

◇ **PIACENZA**
NUOVA TIPOGRAFIA DEL MAINO
Via Quattro Novembre, 160

◇ **RAVENNA**
LIBRERIA GIURIDICA DI FERMANI MAURIZIO
Via Corrado Ricci, 12

◇ **REGGIO EMILIA**
LIBRERIA MODERNA
Via Farini, 1/M

◇ **RIMINI**
LIBRERIA DEL PROFESSIONISTA
Via XXII Giugno, 3

FRIULI-VENEZIA GIULIA

◇ **GORIZIA**
CARTOLIBRERIA ANTONINI
Via Mazzini, 16

◇ **PORDENONE**
LIBRERIA MINERVA
Piazzale XX Settembre, 22/A

◇ **TRIESTE**
LIBRERIA TERGESTE
Piazza Borsa, 15 (gall. Tergesteo)

◇ **UDINE**
LIBRERIA BENEDETTI
Via Mercatovecchio, 13
LIBRERIA TARANTOLA
Via Vittorio Veneto, 20

LAZIO

◇ **FROSINONE**
LIBRERIA EDICOLA CARINCI
Piazza Madonna della Neve, s.n.c.

◇ **LATINA**
LIBRERIA GIURIDICA LA FORENSE
Viale dello Statuto, 28-30

◇ **RIETI**
LIBRERIA LA CENTRALE
Piazza V. Emanuele, 8

◇ **ROMA**
LIBRERIA ECONOMICO GIURIDICA
Via S. Maria Maggiore, 121
LIBRERIA DE MIRANDA
Viale G. Cesare, 51/E-F-G
LIBRERIA EDITALIA
Via dei Prefetti, 16 (Piazza del Parlamento)
LIBRERIA LAURUS ROBUFFO
Via San Martino della Battaglia, 35
LIBRERIA L'UNIVERSITARIA
Viale Ippocrate, 99
LIBRERIA IL TRITONE
Via Tritone, 61/A
LIBRERIA MEDICHINI
Via Marcantonio Colonna, 68-70
LA CONTABILE
Via Tuscolana, 1027

◇ **SORA**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Abruzzo, 4

◇ **TIVOLI**
LIBRERIA MANNELLI
Viale Mannelli, 10

◇ **VITERBO**
LIBRERIA ''AR''
Palazzo Uffici Finanziari - Loc. Pietrare
LIBRERIA DE SANTIS
Via Venezia Giulia, 5

LIGURIA

◇ **CHIAVARI**
CARTOLERIA GIORGINI
Piazza N.S. dell'Orto, 37-38

◇ **GENOVA**
LIBRERIA GIURIDICA DI A. TERENGHI & DARIO CERIOLI
Galleria E. Martino, 9

◇ **IMPERIA**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI - DI VIALE
Viale Matteotti, 43/A-45

LOMBARDIA

◇ **BERGAMO**
LIBRERIA LORENZELLI
Via G. D'Alzano, 5

◇ **BRESCIA**
LIBRERIA QUERINIANA
Via Trieste, 13

◇ **BRESSO**
LIBRERIA CORRIDONI
Via Corridoni, 11

◇ **BUSTO ARSIZIO**
CARTOLIBRERIA CENTRALE BORAGNO
Via Milano, 4

◇ **COMO**
LIBRERIA GIURIDICA BERNASCONI
Via Mentana, 15

◇ **GALLARATE**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Pulicelli, 1 (ang. p. risorgimento)
LIBRERIA TOP OFFICE
Via Torino, 8

◇ **LECCO**
LIBRERIA PIROLA - DI LAZZARINI
Corso Mart. Liberazione, 100/A

◇ **LIPOMO**
EDITRICE CESARE NANI
Via Statale Briantea, 79

◇ **LODI**
LA LIBRERIA S.a.s.
Via Defendente, 32

◇ **MANTOVA**
LIBRERIA ADAMO DI PELLEGRINI
Corso Umberto I, 32

◇ **MILANO**
LIBRERIA CONCESSIONARIA IPZS-CALABRESE
Galleria V. Emanuele II, 13-15
FOROBONAPARTE S.r.l.
Foro Bonaparte, 53

◇ **MONZA**
LIBRERIA DELL'ARENGARIO
Via Mapelli, 4

◇ **PAVIA**
LIBRERIA GALASSIA
Corso Mazzini, 28

◇ **SONDRIO**
LIBRERIA MAC
Via Caimi, 14

◇ **VARESE**
LIBRERIA PIROLA - DI MITRANO
Via Albuzzi, 8

Segue: **LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE**

MARCHE

◇ **ANCONA**
LIBRERIA FOGOLA
Piazza Cavour, 4-5-6
◇ **ASCOLI PICENO**
LIBRERIA PROSPERI
Largo Crivelli, 8
◇ **MACERATA**
LIBRERIA UNIVERSITARIA
Via Don Minzoni, 6
◇ **PESARO**
LIBRERIA PROFESSIONALE MARCHIGIANA
Via Mameli, 34
◇ **S. BENEDETTO DEL TRONTO**
LA BIBLIOFILA
Via Ugo Bassi, 38

MOLISE

◇ **CAMPOBASSO**
LIBRERIA GIURIDICA DI.E.M.
Via Capriglione, 42-44
CENTRO LIBRARIO MOLISANO
Viale Manzoni, 81-83

PIEMONTE

◇ **ALBA**
CASA EDITRICE I.C.A.P.
Via Vittorio Emanuele, 19
◇ **ALESSANDRIA**
LIBRERIA INTERNAZIONALE BERTOLOTTI
Corso Roma, 122
◇ **BIELLA**
LIBRERIA GIOVANNACCI
Via Italia, 14
◇ **CUNEO**
CASA EDITRICE ICAP
Piazza dei Galimberti, 10
◇ **NOVARA**
EDIZIONI PIROLA E MODULISTICA
Via Costa, 32
◇ **TORINO**
CARTIERE MILIANI FABRIANO
Via Cavour, 17
◇ **VERBANIA**
LIBRERIA MARGAROLI
Corso Mameli, 55 - Intra
◇ **VERCELLI**
CARTOLIBRERIA COPPO
Via Galileo Ferraris, 70

PUGLIA

◇ **ALTAMURA**
LIBRERIA JOLLY CART
Corso V. Emanuele, 16
◇ **BARI**
CARTOLIBRERIA QUINTILIANO
Via Arcidiacono Giovanni, 9
LIBRERIA PALOMAR
Via P. Amedeo, 176/B
LIBRERIA LATERZA GIUSEPPE & FIGLI
Via Sparano, 134
LIBRERIA FRATELLI LATERZA
Via Crisanzio, 16
◇ **BRINDISI**
LIBRERIA PIAZZO
Corso Garibaldi, 38/A
◇ **CERIGNOLA**
LIBRERIA VASCIAVEO
Via Gubbio, 14
◇ **FOGGIA**
LIBRERIA PATIERNO
Via Dante, 21
◇ **LECCE**
LIBRERIA LECCE SPAZIO VIVO
Via Palmieri, 30
◇ **MANFREDONIA**
LIBRERIA IL PAPIRO
Corso Manfredi, 126
◇ **MOLFETTA**
LIBRERIA IL GHIGNO
Via Campanella, 24
◇ **TARANTO**
LIBRERIA FUMAROLA
Corso Italia, 229

SARDEGNA

◇ **CAGLIARI**
LIBRERIA F.LLI DESSÌ
Corso V. Emanuele, 30-32
◇ **ORISTANO**
LIBRERIA CANU
Corso Umberto I, 19
◇ **SASSARI**
LIBRERIA MESSAGGERIE SARDE
Piazza Castello, 11
LIBRERIA AKA
Via Roma, 42

SICILIA

◇ **ACIREALE**
LIBRERIA S.G.C. ESSEGICI S.a.s.
Via Caronda, 8-10
CARTOLIBRERIA BONANNO
Via Vittorio Emanuele, 194
◇ **AGRIGENTO**
TUTTO SHOPPING
Via Panoramica dei Templi, 17
◇ **CALTANISSETTA**
LIBRERIA SCIASCIA
Corso Umberto I, 111
◇ **CASTELVETRANO**
CARTOLIBRERIA MAROTTA & CALIA
Via Q. Sella, 106-108
◇ **CATANIA**
LIBRERIA LA PAGLIA
Via Etnea, 393
LIBRERIA ESSEGICI
Via F. Riso, 56
LIBRERIA RIOLO FRANCESCA
Via Vittorio Emanuele, 137
◇ **GIARRE**
LIBRERIA LA SENORITA
Corso Italia, 132-134
◇ **MESSINA**
LIBRERIA PIROLA MESSINA
Corso Cavour, 55
◇ **PALERMO**
LIBRERIA S.F. FLACCOVIO
Via Ruggero Settimo, 37
LIBRERIA FORENSE
Via Maqueda, 185
LIBRERIA S.F. FLACCOVIO
Piazza V. E. Orlando, 15-19
LIBRERIA MERCURIO LI.CA.M.
Piazza S. G. Bosco, 3
LIBRERIA DARIO FLACCOVIO
Viale Ausonia, 70
LIBRERIA CICALA INGUAGGIATO
Via Villaermosa, 28
LIBRERIA SCHOOL SERVICE
Via Galletti, 225
◇ **S. GIOVANNI LA PUNTA**
LIBRERIA DI LORENZO
Via Roma, 259
◇ **SIRACUSA**
LA LIBRERIA DI VALVO E SPADA
Piazza Euripide, 22
◇ **TRAPANI**
LIBRERIA LO BUE
Via Cascio Cortese, 8
LIBRERIA GIURIDICA DI SAFINA
Corso Italia, 81

TOSCANA

◇ **AREZZO**
LIBRERIA PELLEGRINI
Via Cavour, 42
◇ **FIRENZE**
LIBRERIA PIROLA «già Etruria»
Via Cavour, 46/R
LIBRERIA MARZOCCO
Via de' Martelli, 22/R
LIBRERIA ALFANI
Via Alfani, 84-86/R
◇ **GROSSETO**
NUOVA LIBRERIA
Via Mille, 6/A
◇ **LIVORNO**
LIBRERIA AMEDEO NUOVA
Corso Amedeo, 23-27
LIBRERIA IL PENTAFOGLIO
Via Fiorenza, 4/B
◇ **LUCCA**
LIBRERIA BARONI ADRI
Via S. Paolino, 45-47
LIBRERIA SESTANTE
Via Montanara, 37
◇ **MASSA**
LIBRERIA IL MAGGIOLINO
Via Europa, 19
◇ **PISA**
LIBRERIA VALLERINI
Via dei Mille, 13
◇ **PISTOIA**
LIBRERIA UNIVERSITARIA TURELLI
Via Macallè, 37
◇ **PRATO**
LIBRERIA GORI
Via Ricasoli, 25
◇ **SIENA**
LIBRERIA TICCI
Via delle Terme, 5-7
◇ **VIAREGGIO**
LIBRERIA IL MAGGIOLINO
Via Puccini, 38

TRENTINO-ALTO ADIGE

◇ **TRENTO**
LIBRERIA DISERTORI
Via Diaz, 11

UMBRIA

◇ **FOLIGNO**
LIBRERIA LUNA
Via Gramsci, 41
◇ **PERUGIA**
LIBRERIA SIMONELLI
Corso Vannucci, 82
LIBRERIA LA FONTANA
Via Sicilia, 53
◇ **TERNI**
LIBRERIA ALTEROCCA
Corso Tacito, 29

VENETO

◇ **BELLUNO**
LIBRERIA CAMPDEL
Piazza Martiri, 27/D
◇ **CONEGLIANO**
LIBRERIA CANOVA
Via Cavour, 6/B
◇ **PADOVA**
LIBRERIA DIEGO VALERI
Via Roma, 114
◇ **ROVIGO**
CARTOLIBRERIA PAVANELLO
Piazza V. Emanuele, 2
◇ **TREVISO**
CARTOLIBRERIA CANOVA
Via Calmaggiore, 31
◇ **VENEZIA**
CENTRO DIFFUSIONE PRODOTTI
EDITORIALI I.P.Z.S.
S. Marco 1893/B - Campo S. Fantin
◇ **VERONA**
LIBRERIA L.E.G.I.S.
Via Adigetto, 43
LIBRERIA GROSSO GHELFI BARBATO
Via G. Carducci, 44
LIBRERIA GIURIDICA EDITRICE
Via Costa, 5
◇ **VICENZA**
LIBRERIA GALLA 1880
Corso Palladio, 11

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico:
— presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in ROMA: piazza G. Verdi, 10;
— presso le Librerie concessionarie indicate nelle pagine precedenti.

Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Direzione Marketing e Commerciale - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale **n. 16716029.** Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono con pagamento anticipato, presso le agenzie in Roma e presso le librerie concessionarie.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 2000

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio e termine al 31 dicembre 2000
i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno 2000 e dal 1° luglio al 31 dicembre 2000

PARTE PRIMA - SERIE GENERALE E SERIE SPECIALI
Ogni tipo di abbonamento comprende gli indici mensili

Tipo A - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:

- annuale	**L.**	**508.000**
- semestrale	**L.**	**289.000**

Tipo A1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:

- annuale	**L.**	**416.000**
- semestrale	**L.**	**231.000**

Tipo A2 - Abbonamento ai supplementi ordinari contenenti i provvedimenti non legislativi:

- annuale	**L.**	**115.500**
- semestrale	**L.**	**69.000**

Tipo B - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte costituzionale:

- annuale	**L.**	**107.000**
- semestrale	**L.**	**70.000**

Tipo C - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti delle Comunità europee:

- annuale	**L.**	**273.000**
- semestrale	**L.**	**150.000**

Tipo D - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata alle leggi ed ai regolamenti regionali:

- annuale	**L.**	**106.000**
- semestrale	**L.**	**68.000**

Tipo E - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:

- annuale	**L.**	**267.000**
- semestrale	**L.**	**145.000**

Tipo F - *Completo.* Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi e non legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (ex tipo F):

- annuale	**L.**	**1.097.000**
- semestrale	**L.**	**593.000**

Tipo F1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (escluso il tipo A2):

- annuale	**L.**	**982.000**
- semestrale	**L.**	**520.000**

Integrando con la somma di **L. 150.000** *il versamento relativo al tipo di abbonamento della* Gazzetta Ufficiale - *parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice repertorio annuale cronologico per materie 2000.*

Prezzo di vendita di un fascicolo separato della *serie generale*	**L.**	**1.500**
Prezzo di vendita di un fascicolo separato delle *serie speciali I, II e III*, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Prezzo di vendita di un fascicolo della *IV serie speciale «Concorsi ed esami»*	**L.**	**2.800**
Prezzo di vendita di un fascicolo *indici mensili,* ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Supplementi straordinari per la vendita a fascicoli, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**

Supplemento straordinario «Bollettino delle estrazioni»

Abbonamento annuale	**L.**	**162.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**

Supplemento straordinario «Conto riassuntivo del Tesoro»

Abbonamento annuale	**L.**	**105.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo separato	**L.**	**8.000**

Gazzetta Ufficiale su MICROFICHES - 2000
(Serie generale - Supplementi ordinari - Serie speciali)

Abbonamento annuo (52 spedizioni raccomandate settimanali)	**L.**	**1.300.000**
Vendita singola: ogni microfiches contiene fino a 96 pagine di Gazzetta Ufficiale	**L.**	**1.500**
Contributo spese per imballaggio e spedizione raccomandata (da 1 a 10 microfiches)	**L.**	**4.000**

N.B. — Per l'estero i suddetti prezzi sono aumentati del 30%.

PARTE SECONDA - INSERZIONI

Abbonamento annuale	**L.**	**474.000**
Abbonamento semestrale	**L.**	**283.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.550**

I prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, per l'estero, *nonché quelli di vendita dei fascicoli delle* annate arretrate, *compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, sono* raddoppiati.

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale **n. 16716029** intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione dei dati riportati sulla relativa fascetta di abbonamento.

Per informazioni, prenotazioni o reclami attinenti agli abbonamenti oppure alla vendita della *Gazzetta Ufficiale* bisogna rivolgersi direttamente all'Amministrazione, presso l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA

Ufficio abbonamenti	Vendita pubblicazioni	Ufficio inserzioni	Numero verde
☎ 06 85082149/85082221	☎ 06 85082150/85082276	☎ 06 85082146/85082189	☎ 800-864035

* 4 1 1 2 5 0 2 4 8 2 0 0 *

L. 4.500